

Streib, Ilona

Die Wirkung von Musik auf Schülerinnen und Schüler mit schwerer Behinderung. Eine
Einzelfallstudie zur Anwendung musikalischer Elemente in der Kommunikationsförderung
<http://opus.bsz-bw.de/hsrt/>

**ERSTE STAATSPRÜFUNG
FÜR DAS LEHRAMT AN SONDERSCHULEN
01.02.2012**

**AN DER
FAKULTÄT FÜR SONDERPÄDAGOGIK
DER PÄDAGOGISCHEN HOCHSCHULE LUDWIGSBURG
IN VERBINDUNG MIT DER UNIVERSITÄT TÜBINGEN
MIT SITZ IN REUTLINGEN**

WISSENSCHAFTLICHE HAUSARBEIT

THEMA:

**Die Wirkung von Musik auf Schülerinnen und Schüler mit schwerer
Behinderung. Eine Einzelfallstudie zur Anwendung musikalischer
Elemente in der Kommunikationsförderung.**

REFERENT: Prof. Dr. phil. Hans Weiß

KOREFERENT: Vertr. Prof. Dr. Peter Zentel

Name: Streib, Ilona

Inhalt

1 Einleitung	5
2 Menschen mit schwerer Behinderung	9
2.1 Der Personenkreis Menschen mit schwerer Behinderung	9
2.2 Ätiologie und Pathogenese schwerer Behinderung	14
3 Musik	15
3.1 Definition	15
3.2 Die Bedeutung der Musik	18
3.3 Musikpsychologie	19
3.4 Musikwahrnehmung	20
3.5 Die Wirkung von Musik	22
4 Kommunikation	26
4.1 Definition	26
4.2 Vielfalt der Kommunikation nach Fröhlich und Simon	27
4.3 Nonverbale Kommunikation	30
4.4 Kommunikation bei Schülerinnen und Schüler mit schwerer Behinderung	31
4.5 Erschwernisse der Kommunikation	34
4.6 Möglichkeiten der Förderung der Kommunikation bei Schülerinnen und Schülern mit schwerer Behinderung am Beispiel der Basalen Kommunikation nach Winfried Mall®	37
5 Zum Zusammenhang von Musik und Kommunikation	39
5.1 Die Bedeutung der Musik in der Förderung der Kommunikation	39
5.2 Musik und nonverbale Kommunikation	41
6 Ansätze zur Förderung der Kommunikation von Schülerinnen und Schüler mit schwerer Behinderung unter Berücksichtigung musikalischer Elemente	41
6.1 Motivation	41
6.2 Musiktherapie	43
6.2.1 Musiktherapie allgemein	43
6.2.2 Musiktherapie mit schwer behinderten Kindern und Jugendlichen	45
6.3 Musik in der Schule	48
6.3.1 Musik im Bildungsplan Schule für Geistigbehinderte 2009 in Baden-Württemberg	48
6.3.2 Der Einsatz von Musik zur Förderung der Kommunikation im Schulalltag	50
7 Die Einzelfallstudie mit Andreas	55
7.1 Vorgehensweise	55
7.1.1 Wissenschaftliche Grundlegung	55
7.1.2 Vorgehensweise in der Einzelfallstudie mit Andreas	60
7.2 Ausführliche Personenbeschreibung	62

7.3 Darstellung der Ergebnisse	65
7.3.1 Musik im Schulalltag	65
7.3.2 Musik in der Musiktherapie	72
7.4 Zusammenfassung und Rückschlüsse für die Praxis	76
8 Schluss	78
Literatur	81
Anhang	89

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF	13
Abbildung 2: Musikalische Reize als Stress- und Schmerzreduktion	24
Abbildung 3: Erschwernisse der Kommunikation	33
Abbildung 4: Arten von Befragungen	58
Abbildung 5: Musikplayer	65
Abbildung 6: Schalter wird von Andreas bedient	66

1 Einleitung

Musik war früher oft mit einem besonderen Ereignis verbunden, wie dem Jahrmarkt oder dem Sonntagsgottesdienst. Heute werden Menschen überall von Musik begleitet: Schon am Morgen beim Aufstehen mit dem Radiowecker, später im Auto und auch am Arbeitsplatz. In Geschäften wird Einkaufslaune mit Hilfe von Musik generiert und auch in der Freizeit ist beim Disco-, Opern-, Konzertbesuch oder vor dem Fernseher Musik omnipräsent (vgl. Goll 2006, 181; vgl. Melstedt 1997, 121; vgl. van Deest 1997, 17). Musik ist heutzutage allzeit und überall verfügbar, was „Radio, Schallplatte, Tonband, CD“ (Goll 2006, 181) und neue Medien möglich machen. Deshalb bezeichnet Goll den heute lebenden Mensch sogar als „homo musicus“ (ebd.), da die Musik als ein lebenslanger Begleiter bezeichnet werden (vgl. ebd.).

Musik ist für Menschen jedoch kein Grundbedürfnis, das zum unmittelbaren Überleben der Menschheit beiträgt, wie zum Beispiel die Nahrung. Dennoch scheint Musik „die meisten Menschen in irgendeiner Form zu berühren“ (Wendeberg 2010, 216), denn seit jeher befassen sich Menschen aller Kulturen mit Musik in irgendeiner Form (vgl. ebd.). So beschäftigten sich bereits 500 vor Christus Menschen mit der Wirkung von Musik (vgl. Stoffer 2008, 655).

Musik ist somit trotz seiner scheinbar für die Menschheit nicht überlebenswichtigen Funktion allgegenwärtig (Wendeberg 2010, 216). Und auch schwer behinderte Menschen werden in ihrem Alltag, wie jeder andere Mensch auch, von Musik begleitet (vgl. Melstedt 1997, 121).

In der Literatur und im Alltag tauchen immer wieder Aussagen darüber auf, dass Menschen mit einer geistigen oder schweren Behinderung einen besonderen Bezug zur Musik hätten und von dieser in besonderem Maße angesprochen werden. So berichtet zum Beispiel Müller, dass Menschen mit geistiger Behinderung oft eine starke Reaktion auf musikalische Reize zeigen (vgl. Müller 2001, 29).

Doch warum hat das Phänomen Musik diese Wichtigkeit für Menschen? Warum wird Musik in allen Epochen und allen Kulturen praktiziert und hat somit eine solch hohe Bedeutung für die Menschen? Wendeberg äußert eine Vermutung, dass dies „etwas mit der Wirkung der Musik auf unser Gefühlsleben zu tun haben“ (Wendeberg 2010, 216) muss. „Der einzelne Mensch fühlt sich angesprochen und verstanden, beginnt, seinen innersten Gefühlen freien Lauf zu lassen“ (van Deest 1997, 19). Es geht also um die Wirkung von Musik auf die Menschen.

Im Rahmen dieser Wissenschaftlichen Hausarbeit setze ich mich mit der Thematik der Wirkung von Musik auf Schülerinnen und Schüler mit schwerer Behinderung auseinander.

Während meines Studiums der zweiten sonderpädagogischen Fachrichtung Geistigbehindertenpädagogik nahm ich an einem Seminar zum Thema Musik an der Schule für Geistigbehinderte teil. Im Rahmen dieses Seminars referierte ich über Musiktherapie mit schwer behinderten Kindern. Während meiner Vorbereitungen entwickelte ich ein starkes Interesse dafür, welche Möglichkeiten der Einsatz von Musik im Umgang mit Menschen mit einer Behinderung bereithält. Darüber hinaus wurde mir auch während verschiedener Praktika bewusst, wie wichtig es ist, Schülerinnen und Schüler ganz individuell anzusprechen und zu fördern. Dabei erscheint es mir besonders bedeutsam, als zukünftige Sonderpädagogin Möglichkeiten zu finden, mit Schülerinnen und Schülern mit schwerer Behinderung in Kontakt zu treten, eine Beziehung aufzubauen und dadurch Kommunikation zu ermöglichen. Da ich im Rahmen des Referats über Musiktherapie nur einen begrenzten Einblick in die Einsatzmöglichkeiten von Musik geben konnte, entschied ich mich dazu, diese Thematik ausführlich in meiner Wissenschaftlichen Hausarbeit aufzugreifen.

Folgende Fragen stelle ich mir in diesem Zusammenhang:

Welche Personengruppe wird unter dem Ausdruck *Menschen mit schwerer Behinderung* verstanden? Was ist Musik und welche Bedeutung hat sie für Menschen? Wie nehmen Menschen Musik wahr und welche Wirkung von Musik wird in der Literatur beschrieben?

Was ist Kommunikation? Ist ein Mensch mit schwerer Behinderung in der Lage zu kommunizieren und auf welche Art und Weise kommunizieren Menschen mit einer schweren Behinderung? Wodurch kann Kommunikation bei schwer behinderten Menschen erschwert werden?

Welcher Zusammenhang von Musik und Kommunikation ist zu finden? Kann Kommunikation über Musik gefördert werden? Welche Möglichkeiten und Ansätze gibt es dazu? Wie können musikalische Laien Musik in der Schule aufgreifen, um die Schülerinnen und Schüler anzusprechen, ihnen Gutes zu tun und möglicherweise sogar Wege der Ausdrucksmöglichkeit und Kommunikation zu eröffnen? Was sagt der Bildungsplan Schule für Geistigbehinderte über den Einsatz musikalischer Elemente und Angebote in der Schule?

Zu Beginn der Arbeit werden in einem theoretischen Teil grundlegende Definitionen, Begriffsklärungen und Fragestellungen bearbeitet. Zunächst wird auf die Personengruppe *Menschen mit schwerer Behinderung* eingegangen und geklärt, wodurch Schädigungen entstehen können. Es folgt die Klärung des Begriffs Musik und deren Bedeutung, sowie Grundlegendes zur Musikwahrnehmung. Welche Wirkung der Musik auf Menschen in der Literatur beschrieben wird, wird im anschließenden Kapitel dargestellt. Im nächsten Bereich steht die Kommunikation im Mittelpunkt der Betrachtung, insbesondere die Kommunikation bei Schülerinnen und Schülern mit schwerer Behinderung. Dazu werden die von Fröhlich und Simon vorge-

schlagenen vielfältigen Kommunikationsformen erläutert. Die Probleme, die im Kommunikationsprozess durch eine Schädigung auftreten können, werden im nächsten Schritt geklärt. Das Konzept *Basale Kommunikation nach Winfried Mall®* wird an dieser Stelle erläutert, beispielhaft für weitere Konzepte zur Förderung schwer behinderter Menschen. Anschließend wird auf den Zusammenhang von Musik und Kommunikation eingegangen, wiederum unter Berücksichtigung von Menschen mit schwerer Behinderung. Im Anschluss daran werden Möglichkeiten aufgezeigt, wie Kommunikation mit Menschen mit schwerer Behinderung aufgebaut werden und stattfinden kann und wie diese Vorschläge in der Schule und im Alltag umgesetzt werden können. Dazu wird die Arbeitsweise der Musiktherapie vorgestellt und durch den Ansatz von Hansjörg Meyer erweitert. Er zeigt auf, wie musikalische Laien Ansätze aus der Musiktherapie für ihr pädagogisches Handeln aufgreifen und somit im Schulalltag umsetzen können. An dieser Stelle muss danach gefragt werden, inwiefern der Bildungsplan Schule für Geistigbehinderte 2009 in Baden-Württemberg Musik in den Schulalltag der Schülerinnen und Schüler integriert.

Im Anschluss an den theoretischen Teil werde ich eine Einzelfallstudie des Schülers Andreas vorstellen. In diesem praxisbezogenen Teil werde ich zunächst den Schüler Andreas und seine Behinderung beschreiben. Danach schildere ich meine Ergebnisse aus den Interviews und Beobachtungen und stelle dar, wie musikalische Elemente auf den Schüler Andreas wirken, welche Reaktionen er zeigt und ob Musik in der Schule und in der Musiktherapie zu Kommunikationszwecken angewendet wird.

Zur Durchführung dieses praktischen Teils entschied ich mich für den Forschungsansatz der Einzelfallstudie, da diese eine mehrperspektivische Herangehensweise ermöglicht. Außerdem greift diese eine „Vielzahl von Faktoren“ (Lamnek 2010, 275) auf, sodass die Person in der Studie nicht nur als Einzelfall gesehen wird, sondern mit einem Blick, der auch die Lebensumstände miteinbezieht. Auf die Begrifflichkeiten, die mit meiner Einzelfallstudie im Zusammenhang stehen, wird in Kapitel 7.1 ausführlich eingegangen.

Zum Abschluss der Arbeit werde ich meine Ergebnisse aus dem praktischen Teil und dem theoretischen Teil zusammenfassend betrachten und schließlich Schlussfolgerungen zum Thema *Die Wirkung von Musik auf Schülerinnen und Schüler mit schwerer Behinderung. Eine Einzelfallstudie zur Anwendung musikalischer Elemente in der Kommunikationsförderung*. im Hinblick auf mein zukünftiges pädagogisches Handeln ziehen.

Im Vorfeld möchte ich einige zentrale Begriffe dieser Arbeit definieren:

Unter dem Begriff *Schülerinnen und Schüler mit schwerer Behinderung* verstehe ich Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit schwerer Behinderung, die eine Schule besuchen. In dieser Arbeit wird anstelle von Schülerinnen und Schüler häufig der Begriff *Menschen mit schwerer Behinderung* verwendet. Das ist damit zu begründen, dass sich viele Kapitel dieser Arbeit nicht nur auf Schülerinnen und Schüler beziehen, sondern auch auf Erwachsene und ältere Menschen mit schwerer Behinderung. Des Weiteren wird im laufenden Text an manchen Stellen zur Vereinfachung nur die maskuline Form verwendet, die die feminine Form einschließt.

Unter *Schädigung* verstehe ich eine Beeinträchtigung von Körperfunktionen und Körperstrukturen (vgl. DIMDI 2005a, 17). Die Beeinträchtigung zeigt sich zum Beispiel in einer „wesentlichen Abweichung oder ein[em] Verlust“ (ebd.) von anatomischen Teilen des Körpers oder physiologischen und psychologischen Funktionen von Körpersystemen (vgl. ebd.).

Die *Infantile Cerebralparese* (ICP) ist eine frühkindliche Hirnschädigung, durch die „die Bewegungskontrolle eingeschränkt oder gar nicht möglich ist“ (Biermann/Goetze 2005, 79). Das noch unreife kindliche Gehirn ist prä-, peri- oder postnatal geschädigt, zum Beispiel durch Sauerstoffmangel bei der Geburt. Die cerebrale Schädigung wirkt sich „primär auf die zentrale Steuerung der Motorik“ (ebd.) aus.

Unter *Teilhabe*, oder auch *Partizipation*, wird „das Einbezogensein in eine Lebenssituation“ (DIMDI 2005a, 19) verstanden. „Eine *Aktivität* ist die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung [...] durch einen Menschen“ (ebd.).

Heilpädagogik wird von Klein u.a. als „Theorie und Praxis der Erziehung unter erschwerten personalen und sozialen Bedingungen verstanden“ (Klein u.a. 1999, zit. n. Bundschuh u.a. 2007, 119). Der Terminus Heilpädagogik wird oft synonym mit Begriffen wie Sonderpädagogik oder Behindertenpädagogik gebraucht (vgl. Bundschuh u.a. 2007, 119).

Im Rahmen dieser Arbeit werden unter dem Begriff *musikalische Elemente* alle Komponenten der Musik, also „Ton und Melodie, Klang und Klangfarbe, Harmonie und Rhythmus“ (Spitzer 2002, 17) gesehen. Diese müssen dabei nicht als Gesamtheit, sondern können auch als einzelne musikalische Phänomene auftreten.

Bei der *musikbasierten Kommunikation* geht es um nonverbale Kommunikation, um die „Umsetzung von körperlichen Äußerungen in Musik, um einen Kontakt zu ermöglichen und dem behinderten Menschen Gelegenheit zu geben, sich wahrgenommen zu fühlen auf einer Ebene, die er kennt und versteht“ (Meyer 2009, 101). Dafür sind professionelles musikalisches Wissen und musikalische Fertigkeiten nicht Voraussetzung.

Emotionen sind „mit unterschiedlichen Wahrnehmungen und Erfahrungen behaftete Grade des Angenehmen und Unangenehmen“ (Kreutz 2008, 550). Deren Vorgänge sind zuständig „für die kognitive Bewertung von Ereignissen, das Auslösen körperlicher Reaktionen in Verbindung mit subjektiven Erfahrungen und Bewusstseinsänderungen sowie letztlich für die Ausführung von Handlungen und das expressive Verhalten“ (ebd.).

2 Menschen mit schwerer Behinderung

2.1 Der Personenkreis Menschen mit schwerer Behinderung

Der Personenkreis Menschen mit schwerer Behinderung unterlag in den letzten Jahrzehnten „vielgestaltige[n] Formungen“ (Fröhlich u.a. 2001, 25) in ihrer Beschreibung, Bestimmung und Eingrenzung, Charakterisierung und Klassifikation (vgl. ebd.). Noch zu Beginn der siebziger Jahre des zwanzigsten Jahrhunderts wurden Menschen mit schwerer Behinderung nach ihren Defiziten betrachtet und beschrieben. „Schwere Behinderung wurde als umfassende Inkompetenz beurteilt“ (ebd.). Dieser defizitorientierte Blick auf Menschen mit schwerer Behinderung führte dazu, dass ihnen therapeutische und pädagogische Betreuung vorenthalten wurde (vgl. ebd.).

In den siebziger Jahren wurde zum ersten Mal über die Bedürfnisse und Fördermöglichkeiten von Menschen mit schwerer Behinderung nachgedacht. Diese Überlegungen gründeten im Recht auf Erziehung und Bildung eines jeden menschlichen Lebewesens (vgl. ebd., 26). Infolgedessen entwickelte sich „ein breites Spektrum verschiedener anthropologischer, pädagogischer, psychologischer und gesellschaftskritischer Anschauungen auf der Basis unterschiedlicher Theoriebezüge und methodischer Zugänge“ (ebd., 27).

Diese Zugänge haben gemeinsam, dass die defektorientierte Anschauung von Menschen mit schwerer Behinderung an Bedeutung verlor und der Fokus nun auf dem interaktiven Subjekt in einer sozialen Umwelt liegt (vgl. ebd.).

Doch wer ist gemeint, wenn wir von Menschen mit schwerer Behinderung sprechen?

Der Terminus *Schwere Behinderung* wird in vielen Variationen verwendet, wofür *schwerste Behinderung*, *schwerstmehrfache Behinderung*, *schwer geistige Behinderung*, *Komplexe Behinderung* oder *intensive Behinderung* einige Beispiele sind. Teilweise sind diese verschiedenen Begriffe deckungsgleich. Im Folgenden werden ausgewählte Begriffe kurz dargestellt und

danach das soziale und das medizinische Modell, sowie die Klassifikation von Behinderung nach der *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) vorgestellt.

Die Formulierung *Komplexe Behinderung* wurde von Barbara Fornefeld geprägt. Dem Begriff Komplexe Behinderung liegt eine anthropologisch-phänomenologische Sichtweise zugrunde. Nach ihrer Anschauung soll diese Formulierung nicht dazu dienen zu verstehen, was Behinderung ist, sondern es soll verstanden werden, „was Behinderung ausmacht“ (Fornefeld 2008, 66). Mit dem Begriff, der Lebensbedingungen charakterisiert (vgl. ebd., 77), soll „ein komplexes menschliches Phänomen zur Sprache“ (ebd., 51) gebracht werden. Die Großschreibung des Begriffs *Komplexe Behinderung* verhindert eine adjektivistische Eigenschaftsbeschreibung der Behinderung, er ist „Eigenname einer Gruppe von Menschen mit Behinderung in einer spezifischen, komplexen Lebenssituation“ (vgl. ebd., 78).

Fröhlich hält neben den vielen verschiedenen existierenden Begrifflichkeiten eine Beschreibung als Annäherung an die Personengruppe *schwerstbehinderte Menschen* für sinnvoll. Er führt dafür folgende Kennzeichen auf:

„Schwerstbehinderte Menschen sind solche,

- die körperliche Nähe brauchen, um andere Menschen wahrnehmen zu können;
- die andere Menschen brauchen, die ihnen die Umwelt auf einfache Weise nahebringen;
- die andere Menschen brauchen, die ihnen Fortbewegung und Lageveränderung ermöglichen;
- die jemanden brauchen, der sie auch ohne (alternative) Sprache versteht und sie zuverlässig – mit professioneller Sorgfalt – versorgt und pflegt“ (Fröhlich 2003, 661).

Menschen mit schwerster Behinderung können nach Fröhlich aber auch „durch ihre elementar menschlichen Fähigkeiten beschrieben werden“ (Fröhlich 1993, 12):

- „
- Sie nehmen andere Menschen durch Haut- und Körperkontakt wahr.
 - Sie können mit ihrem Körper unmittelbar Erfahrungen sammeln und bewerten.
 - Sie erleben sich selbst, Menschen und Dinge in unmittelbarer emotionaler Betroffenheit.
 - Sie benutzen ihre gesamte Körperlichkeit, um sich auszudrücken und mitzuteilen“ (ebd.).

Damit erweitert Fröhlich die Beschreibung von Menschen mit schwerster Behinderung aus negativer und defizitorientierter Sicht, indem er Menschen mit schwerer Behinderung durch

ihre elementar menschlichen Fähigkeiten beschreibt und dadurch die Gemeinsamkeiten aller Menschen hervorhebt (vgl. Fröhlich 1993, 12 f.).

Nicklas-Faust verwendet den Begriff *schwer und mehrfach behinderte Menschen* (vgl. Nicklas-Faust 2011, 62) und beschreibt folgende auftretende Beeinträchtigungen bei der Personengruppe: „Je nach Art der zugrunde liegenden Beeinträchtigung der Funktionen und Strukturen findet sich [...] eine ausgeprägte kognitive Einschränkung, auch in Kombination mit Verhaltensauffälligkeiten. Weiterhin können erhebliche Einschränkungen der Mobilität sowie Sinnesbehinderungen vorliegen“ (ebd.). Nicklas-Faust betont die Heterogenität der Gruppe aus medizinischer Sicht, aber auch aus Sicht der Persönlichkeit, der Lebensgeschichte und den Lebenserfahrungen, sowie der benötigten Unterstützung und Behandlungen (vgl. ebd.).

Pfeffer verwendet den Ausdruck *schwer geistige Behinderung*. Pfeffer lehnt eine Definition von Schülerinnen und Schülern mit schwer geistiger Behinderung ab, dafür beschreibt er die Erziehungswirklichkeit dieser Kinder und Jugendlichen (Pfeffer 1988, 101). Er untersucht den Begriff „auf ihre pädagogische Implikationen hin“ (ebd.): die medizinisch-psychiatrische Sichtweise, die schulorganisatorische Sichtweise, die Berücksichtigung des Aspekts der Entwicklung, die Beschreibung in Form von Negativkatalogen, Beschreibung unter dem Aspekt der Wahrnehmungstätigkeit und Isolation von der Aneignung von Welt und weitere Definitionen schwerer geistiger Behinderung (vgl. ebd., 101 ff.). Im Rahmen dieser Arbeit kann jedoch nicht auf diese, von Pfeffer ausführlich beschriebene Sichtweisen differenziert eingegangen werden.

Weil es nicht *den* Menschen mit schwerer Behinderung gibt, ist in der Literatur eine Vielzahl an Darstellungen von Menschen mit schwerer Behinderung zu finden. Die Personengruppe lässt sich nicht in einer Definition charakterisieren (vgl. Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung 2010, 22), da sie eine sehr heterogene Personengruppe ist (vgl. Nicklas-Faust 2011, 62). Deshalb soll nicht von einer Definition die Rede sein, sondern von „Namensgebung“ (Fornfeld 2008, 51) der Gruppe.

Weiterhin existieren verschiedene Konzepte und Modelle von Behinderung, welche „zum Verständnis und zur Erklärung von Funktionsfähigkeit und Behinderung“ (DIMDI 2005a, 24) vorgeschlagen werden.

Das *medizinische Modell* von Behinderung geht von einem individuellen Problem einer Person aus, dessen Ursache Krankheit, ein Trauma oder ein Gesundheitsproblem ist und daher

„der medizinischen Förderung bedarf“ (ebd.). Das Ziel ist dabei „Heilung, Anpassung oder Verhaltensänderung eines Menschen“ (ebd., 24).

Das *soziale Modell* von Behinderung dagegen sieht Behinderung nicht als ein individuelles, sondern als ein von der Gesellschaft verursachtes Problem. „Hierbei ist Behinderung kein Merkmal einer Person, sondern ein komplexes Geflecht von Bedingungen, von denen viele vom gesellschaftlichen Umfeld geschaffen werden“ (ebd., 25). Es geht bei diesem sozialen Modell um die Integration von Menschen mit Behinderung in die Gesellschaft: „Es gehört zu der gemeinschaftlichen Verantwortung der Gesellschaft in ihrer Gesamtheit, die Umwelt so zu gestalten, wie es für eine volle Partizipation [...] der Menschen mit Behinderung an allen Bereichen des sozialen Lebens erforderlich ist“ (ebd.). Von diesem Modell ausgehend ist Behinderung ein einstellungsbezogenes und weltanschauliches Thema (vgl. ebd.).

Beide Modelle, das medizinische und das soziale Modell von Behinderung, in ihrer Ungleichheit in der Anschauung von Behinderung, werden in der *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) verbunden. Die ICF dient als länder- und fachübergreifendes einheitliches Klassifikationssystem „zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren einer Person“ (DIMDI 2005b).

Das medizinische Klassifikationssystem *International Classification of Diseases* (ICD) gibt Informationen über Diagnosen (vgl. DIMDI 2005a, 10) und unterscheidet zwischen einer schweren Intelligenzminderung bei einem IQ-Bereich von 20 - 34 und schwerster Intelligenzminderung bei einem IQ-Bereich von unter 20. Die Einteilung erfolgt in Menschen mit schwerer geistiger Behinderung, bei denen eine dauerhafte Unterstützung notwendig ist und Menschen mit schwerster geistiger Behinderung, die in ihrer „Versorgung, Kontinenz, Kommunikation und Beweglichkeit [...] hochgradig beeinträchtigt“ (DIMDI 1999) sind. Eine Studie in Baden-Württemberg zur Bildungsrealität der Personen, die laut ICD-10 als schwer oder schwerst geistig behindert eingestuft werden, ergab jedoch, dass nahezu alle Schülerinnen und Schüler, die als schwerstbehindert eingeschätzt werden, über die schwerste geistige Behinderung hinaus weitere Beeinträchtigungen zeigen (vgl. Klauß 2011, 12).

Ergänzend zur ICD-10, die einen ätiologischen Rahmen ihrer Definition liefert und Gesundheitsprobleme aufgreift (vgl. DIMDI 2005a, 9), betrachtet die ICF Gesundheitsprobleme differenzierter und liefert damit „einen mehrperspektivischen Zugang zu Funktionsfähigkeit und Behinderung im Sinne eines interaktiven und sich entwickelnden Prozesses“ (ebd., 23). Die ICD-10 erstellt somit eine Diagnose nach einem „defizitorientierten medizinischen Modell“

(Nicklas-Faust 2011, 61), welche durch die ICF in Funktionsfähigkeit und gesundheitlichen Auswirkungen erweitert wird und das soziale Modell integriert (vgl. DIMDI 2005a, 10; vgl. Nicklas-Faust 2011, 61). „Die ICF versucht eine Synthese zu erreichen, die eine kohärente Sicht der verschiedenen Perspektiven von Gesundheit auf biologischer, individueller und sozialer Ebene ermöglicht“ (DIMDI 2005a, 25). Um dies zu erreichen verwendet sie einen biopsychosozialen Ansatz (vgl. ebd.).

Die folgende Abbildung 1 zeigt das Verständnis der Funktionsfähigkeit eines Menschen als Wechselwirkung von einem Gesundheitsproblem oder einer Krankheit und Kontextfaktoren. Behinderung wird als Oberbegriff für „Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivität und Beeinträchtigung der Partizipation“ (ebd., 9) verwendet. Diese stehen mit Umweltfaktoren in Wechselwirkung (vgl. ebd.).

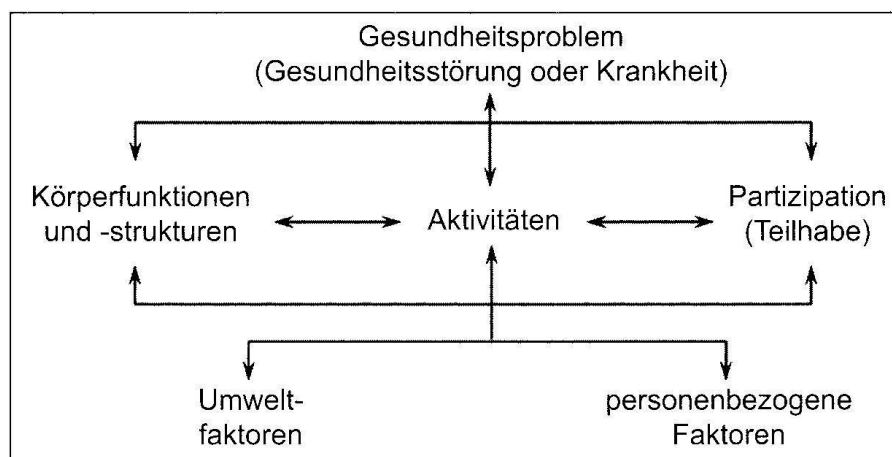


Abbildung 1: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF
Quelle: DIMDI 2005a, 23

Mit dieser Klassifikation ist es nun möglich, eine medizinische Einordnung (medizinische oder biologische Ebene) von Behinderung als Störung von Körperfunktionen und -strukturen und einem Gesundheitsproblem durch Einbezug anderer Felder und Kontextfaktoren, nämlich die der Partizipation (soziale Ebene) und möglichen Aktivität (psychologisch-funktioneller Ebene), die wiederum von Umweltfaktoren und persönlichen Faktoren abhängig sind, zu erweitern (vgl. Nicklas-Faust 2011, 62). Damit ist ein Gesundheitsproblem oder eine Störung der Körperfunktionen und -strukturen nicht das Kennzeichen der Behinderung oder sogar die Behinderung an sich, sondern ein Faktor oder eine Bedingung, die die weitere Entwicklung beeinflussen kann (vgl. Klaufuß 2011, 13).

Die verschiedenen Ausführungen zeigen, dass versucht wird, den Begriff *Menschen mit schwerer Behinderung* zu bestimmen. Es fällt auf, dass diese Ansätze, mit Ausnahme der ICD-10, ein gemeinsames Anliegen haben, nämlich die „Behinderung nicht auf gestörte Körperstrukturen und Funktionen zu reduzieren, sondern zu berücksichtigen, dass jede Person als Subjekt unter seinen jeweiligen Umweltbedingungen die ihm möglichen Aktivitäten ausbildet und teilzuhaben versucht“ (Klauß 2011, 14).

In der vorliegenden Arbeit wird durchgehend die Bezeichnung *Menschen mit schwerer Behinderung* oder *Schülerinnen und Schüler mit schwerer Behinderung* verwendet.

Damit meine ich die Personengruppe, die in den obigen Erläuterungen von Fornfeldt, Fröhlich und Nicklas-Faust beschrieben wurde. Es sind Menschen, die meist eine körperliche und eine geistige Behinderung haben, sowie eventuelle Sinnesschädigungen aufweisen. In der Regel verfügen diese Menschen nicht über gesprochene Sprache. An dieser Stelle soll jedoch betont werden, dass Menschen mit einer schweren Behinderung vielleicht äußerlich eingeschränkt erscheinen, aber achtenswerte Persönlichkeiten mit uneingeschränkter Menschenwürde sind und Fähigkeiten besitzen, die „lediglich in unserer Gesellschaft, die kognitive und ‚Ellbogen‘-Fähigkeiten überbetont und in der das Bedürfnis nach Hilfe und Unterstützung ein Makel darstellt, nicht sehr anerkannt sind“ (Meyer 2010, 8). Menschen mit schwerer Behinderung werden auch in dieser Arbeit deshalb nicht auf gestörte Körperstrukturen und Körperfunktionen reduziert, sondern unter Berücksichtigung ihrer umgebenden Umweltfaktoren, die die Entwicklung beeinflussen, gesehen.

Bei der Vielzahl an verwendeten Termini für Menschen mit einer körperlichen und einer geistigen Behinderung habe ich mich für die einfache Verwendung des Begriffs *schwere Behinderung* entschieden, um der Heterogenität und Individualität der Menschen dieser Personengruppe Raum zu lassen.

2.2 Ätiologie und Pathogenese schwerer Behinderung

Neben den „diagnostisch relevanten Merkmalen und Symptomen“ (Nicklas-Faust 2011, 62) führt Nicklas-Faust „auch eine Einteilung nach Ursachen der Behinderung und ihrer pathophysiologischen Zusammenhänge“ (ebd.) auf, wobei bei der Betrachtung der Ursachen einer Behinderung zunächst der Blick auf der organischen Seite liegt (Klauß 2005, 18; Klauß 1999, 17). Diese Einteilung wird an dieser Stelle nicht aufgegriffen, aber dennoch soll auf mögliche Ursachenfelder einer schweren Behinderung kurz eingegangen werden.

Ursachen für schwere Behinderungen sind häufig genetische Veränderungen, vorgeburtliche Infektionen, Frühgeburten (Geburt vor der 27. Schwangerschaftswoche), eine Hirnblutung oder Sauerstoffmangel (vgl. Nicklas-Faust 2011, 62 ff.), außerdem mütterliche Krankheiten, „Entzündungen des Gehirns oder der Hirnrinde und mechanische Traumata (Unfälle)“ (Klaß 1999, 17). In vielen Fällen entstehen diese Schädigungen vor, während oder kurz nach der Geburt (vgl. ebd.). Die Ursachen zeigen dennoch „sehr vielseitige Ausprägungen ihrer Beeinträchtigungen“ (Nicklas-Faust 2011, 64).

Nach der Klärung der Ursache (Ätiologie) soll im Folgenden die Entstehung und Ausprägung (Pathogenese) von schweren Behinderungen im Überblick dargestellt werden.

Bewegung und Wahrnehmung werden als „grundlegendste Aktivitäten für die Zuwendung zur Welt“ (vgl. Thalhammer 1980; zit. n. Pfeffer 1988, 105) gesehen. Menschen mit schwerer Behinderung zeigen häufig eine „gravierende Beeinträchtigung der Wahrnehmungstätigkeit, [sowie] der Verarbeitung von Eindrücken“ (ebd.). Diese Beeinträchtigungen stehen im Zusammenhang mit der Kognition und der Entwicklung der Persönlichkeit (vgl. ebd.) und haben „mißlingende Kommunikation, Vereinsamung, Isolation und Resignation“ (ebd., 105 f.) zur Folge. Diese erschweren die Aneignung von Welt bei schwer behinderten Menschen und bringen eine gestörte Entwicklung der Persönlichkeit und Aktivitätsmuster mit sich, die einen „verhängnisvollen Teufelskreis[...] von individueller Tätigkeit und umweltlichen Reaktionen“ (vgl. Feuser 1979; zit. n. Pfeffer 1979, 106) nach sich ziehen. Dieser Teufelskreis kann nur durchbrochen werden, wenn zielgerichtet in diese Prozesse eingegriffen wird (vgl. ebd.).

3 Musik

3.1 Definition

Musik ist ein menschliches Phänomen, das in allen Kulturen zu finden ist (vgl. Müller 2001, 29; vgl. van Deest 1997, 21). Was jedoch unter dem Musikbegriff verstanden wird, kann nicht eindeutig definiert werden, denn das Verständnis von Musik ist intrakulturell, interkulturell und historisch verschieden (vgl. Radocy/ Boyle 1979; zit. n. Goll 2006, 182).

Im Folgenden werden verschiedene Auffassungen über Musik dargestellt. Zu Beginn werden Autoren genannt, die bestimmte Merkmale der Musik aufzeigen. Es zeigt sich, dass die Definitionen immer unpräziser werden bis zu dem Punkt, an dem eigentlich ‚alles‘ unter dem Begriff verstanden werden kann.

Gray definiert Musik als „produzierte Schallmuster unterschiedlicher Tonhöhe und -länge zu emotionalen, sozialen, kulturellen und kognitiven Zwecken“ (vgl. Gray et al. 2001; zit. n. Spitzer 2002, 18).

Wilhelm Keller greift den Aspekt des Schalls ebenfalls auf und unterscheidet im selben Zug außerdem unter Musik und Tonkunst: „ ‚Musik‘ im weitesten Sinne ist ein Spiel mit Schallphänomenen, das zur Kunst werden kann, aber nicht muß [sic!]“ (Keller 1971, 6).

Beide Autoren, Gray und Keller, nennen den Schall als zentrales Merkmal der Musik. Wie die Schallmuster oder Schallphänomene auszusehen haben, um als Musik aufgefasst zu werden, darüber wird jedoch nichts gesagt.

Spitzer sieht schon bei der Definition von Musik Schwierigkeiten. Er zählt deshalb die Komponenten „Ton und Melodie, Klang und Klangfarbe, Harmonie und Rhythmus“ (Spitzer 2002, 17) der Musik, sowie die aus diesen Komponenten gebildeten akustischen Strukturen als Teile der Musik auf. Er definiert den Begriff jedoch nicht explizit. Trotz der möglichen Komponenten von Musik gibt es nach Spitzer für die Musik nicht „ein allen gemeinsames definierendes Merkmal“ (ebd., 18).

John Cage geht bei der Begriffsbestimmung noch weiter, indem er behauptet, „dass jeder Musik nennen könne, was immer er wolle“ (vgl. Cage; zit. n. Spitzer 2002, 18), womit er jedoch nicht nur die Vielseitigkeit der Musik anspricht, sondern auch eine Beliebigkeit impliziert.

Das große Spektrum der unterschiedlichen Auffassungen darüber, „welche Phänomene als Musik betrachtet werden und welche nicht“ (vgl. Radocy/ Boyle 1979, zitiert nach Goll 2006, 182), erschweren eine klare Definition von Musik.

Goll fasst die differenten Begriffsbestimmungen in zwei Klassen von Vorgehensweisen zusammen: die objektzentrierten Vorgehensweisen und die gesellschaftszentrierten Vorgehensweisen (vgl. Goll 2006, 184). Die musikbezogene Forschung, die das Objekt in den Vordergrund stellt, sieht „das Objekt ‚Musik‘ losgelöst vom Menschen“ (ebd.). Der Schwerpunkt liegt auf „materiell-physikalischen, temporalen und strukturalen Aspekten“ (ebd.) der Musik. Die Forschung, die gesellschaftszentrierte Vorgehensweisen in der Begriffsbestimmung von Musik aufgreift, sieht Musik als ein soziales Phänomen. Der Schwerpunkt liegt nach dieser Anschauung auf den „sozialen, kulturellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen“ (ebd.).

Da es in dieser Arbeit um die pädagogische und therapeutische Anwendung von Musik geht, soll außerdem das musiktherapeutische Verständnis von Musik aufgegriffen werden.

Becker, die Musik unter dem musiktherapeutischen Aspekt definiert, versteht unter Musik „eine kulturell organisierte, als präsentatives Symbolsystem strukturierte Kunstform“ (Becker 1996, 231). Becker stellt fest, dass Musik in den verschiedenen Richtungen der Musiktherapie unterschiedlich verstanden wird und es deshalb schwierig ist, den Begriff für alle musiktherapeutischen Formen zusammenfassend zu definieren (vgl. ebd., 232; vgl. Fuchs 1987, 11). Denn aus dem jeweiligen Therapie-Verständnis der musiktherapeutischen Konzepte ergeben sich verschiedene Auffassungen von Musik. Musik kann aufgefasst werden „als Droge, Musik als magisch-mystische Kraft, als Wirkfaktor für emotionale und vegetative Prozesse, als Kommunikationsmethode oder -mittel, als künstlerisches Ausdrucksmedium, als spezifische Formenbildung des Seelischen, als präsentativ organisiertes Symbolsystem etc.“ (Becker 1996, 232). Deshalb schlägt sie vor, den Diskurs darüber, was als Musik verstanden wird und was Musik ist als Fragen zu formulieren. Beispielhaft kann mit der Beantwortung der Frage, „welche Funktion und Bedeutung [...] dem Einsatz von Musik bzw. musikalischen Elementen in der konkreten therapeutischen Situation als gestaltender Faktor“ (ebd.) zukommt, der Begriff Musik nach der jeweiligen, individuellen Situation bestimmt werden.

Auch Fuchs beschäftigt sich mit dem Musikbegriff im Zusammenhang mit Musiktherapie. Sie führt die verschiedenen Möglichkeiten, Musik zu definieren, zusammen und beschreibt Musik wie folgt:

- „ - Musik wird in der Musiktherapie als nonverbales Kommunikationsmedium verstanden;
- Musik dient der Kommunikation auf mehreren Ebenen (akustisch, optisch, sozial, emotional);
- Nicht das Vermitteln von Wissen und Begabung, sondern die individuelle Selbstentfaltung mit Musik steht im Mittelpunkt;
- Musik stellt dabei eine besondere Form der zwischenmenschlichen Beziehungen dar“ (Fuchs 1987, 13).

Mit dieser Aussage Fuchs', Musik als Form zwischenmenschlicher Beziehungen zu sehen, kann vorgegriffen werden auf die Darstellungen von Fröhlich und Simon in Kapitel 4.1. Es ergibt sich daraus ein Begründungszusammenhang zwischen der Förderung von Kommunikation und Musik. Denn wenn es bei Kommunikation nicht nur um das Senden und Empfangen von Mitteilungen geht, sondern auch um Begegnungen und Beziehung und Musik somit zu einer zwischenmenschlichen Verbindung wird, dann kann mit Verständigung und Informationsaustausch über Musik Kommunikation erreicht werden. So erklärt auch Theilen, dass Musik ein kommunikativer Prozess ist (vgl. Theilen 2004, 10).

Weitere Ausführungen zum Zusammenhang von Musik und Kommunikation werden in Kapitel 4 und 5 folgen.

Wenn Musik in der Arbeit mit schwer behinderten Menschen Kommunikationsprozesse fördern soll, ist es unumgänglich, an dieser Stelle ein erweitertes Verständnis des Musikbegriffes zu berücksichtigen. Hier bietet sich die Sichtweise von Goll an, der für die heilpädagogische Musiktherapie den Musikbegriff im weitesten Sinne sieht (vgl. Goll 2006, 182).

Auch dieser Arbeit liegt das Verständnis von Musik im weitesten Sinne zugrunde. Musik kann nach dieser Auffassung zum Beispiel Rhythmen enthalten, die durch den Atem oder eine Körperbewegung oder durch stimmliche Äußerungen wie Lautieren entstehen und die sich in ihrer Dynamik, Artikulation und Geschwindigkeit unterscheiden.

3.2 Die Bedeutung der Musik

Wie im vorausgegangenen Kapitel bereits erwähnt, gibt es Musik in irgendeiner Form in jeder Zeitepoche und jeder Kultur der Erde. „Gemeinschaftliches Musizieren hatte (und hat) wichtige evolutionäre Funktionen“ (Koelsch/ Schröger 2008, 393). So nimmt die Musik beispielsweise eine wichtige Rolle bei der Entwicklung der Sprache des Menschen ein: Beim Erlernen von Sprache eignen sich Kinder zunächst die musikalischen Aspekte, also zum Beispiel die Satzmelodie der Sprache, an (vgl. ebd.). Damit hat die Musik eine wichtige Bedeutung für die Entwicklung der Kommunikation. Aber auch bei der „Koordination, Gruppenkoordination und bei der Herstellung sozialer Kohäsion“ (ebd.) spielen die musikalischen Aspekte der verbalen Äußerungen eine Rolle.

Van Deest schreibt der Musik verschiedene Bedeutungsaspekte zu und beschreibt deren anthropologische, sozioökologische, phylogenetisch, ontogenetische und psychoanalytische Bedeutung (vgl. van Deest 1997, 20 ff.). Auf die einzelnen Bedeutungsaspekte wird im Folgenden eingegangen.

Unter dem anthropologischen Aspekt wird die Bedeutung der Musik für die Entwicklung der Menschheit (Phylogenese) und jedes einzelnen Menschen (Ontogenese) gesehen. Neben Koelsch und Schröger (2008) schreibt van Deest ebenfalls der Musik eine hohe Bedeutung für die Entwicklungsvorgänge zu: „Keiner dieser Entwicklungsvorgänge [Phylogenese und Ontogenese; Anmerk. d. Verf.] [könnte] ohne akustisch-musikalische Phänomene existieren“ (van Deest 1997, 21).

Die sozioökologische Bedeutung der Musik besteht darin, dass es in jeder menschlichen Kultur Musik in irgendeiner Form gibt. „Umweltforscher“ (ebd.) weisen deshalb darauf hin, dass

für menschliche Kulturen Musik lebensnotwendig ist: Musik ist „ein Teil der lebensnotwendigen kulturellen Umwelt des Menschen, sie erhält und stabilisiert das Verhältnis des Menschen zu seinen Mitmenschen, zur Natur, zu Gott beziehungsweise zur Religion“ (ebd.). Im Gegensatz zu den Umweltforschern nach van Deest, benennt Wendeberg (2010) die Musik als scheinbar nicht überlebenswichtig, arbeitet jedoch auch die hohe Bedeutung heraus, die Musik auf Menschen haben muss.

Für die Entwicklung des einzelnen Menschen „kann die Musik durch rhythmisch-akustische, beziehungsweise musikalische Klänge ein existenziell bedeutsames Mittel zur Überwindung der Trennungsangst beziehungsweise des Geburtstraumas des Neugeborenen sein“ (van Deest 1997, 22). Bereits im Mutterleib nimmt ein Kind rhythmisch-akustische Reize wahr, zum Beispiel den Herzschlag der Mutter. „Die Geburt bedeutet [...] den Verlust dieser akustisch-musikalischen Reize“ (ebd.). Musik und akustische Reize sprechen das Baby nach der Geburt besonders an, denn die Fähigkeit zum ‚Hören‘ wird pränatal sehr früh ausgebildet, weswegen wenige Tage alte Babys bereits über eine differenzierte akustische Wahrnehmung verfügen (vgl. ebd.). Wilhelm Revers weist außerdem auf „Zusammenhänge zwischen der Entwicklung von Intelligenz und Phantasie und einer elementaren Musik- und Bewegungserziehung im frühkindlichen sowie im schulpflichtigen Alter“ (vgl. Revers; zit. n. van Deest 1997, 22) hin und berücksichtigt damit den Zusammenhang von Musik und der Entwicklung eines Kindes. Die psychoanalytischen Gesichtspunkte der Musik untersuchte Friedrich Klausmeier, indem er unter anderem die Verhaltensweisen von Kindern in den ersten Lebensmonaten in den Blick nahm. Das Ergebnis seiner Untersuchungen besteht darin, dass schon „die ersten Laute des Kindes wie auch das Singen und Musizieren generell [...] ein Ausdruck von Triebregungen beziehungsweise von Gefühlspotential“ (vgl. Klausmeier 1978; zit. n. van Deest 1997, 23) sind. Mit musikalischer Aktivität kann also dem Bedürfnis nach Ausdruck von Emotionen nachgegangen werden (vgl. ebd.).

3.3 Musikpsychologie

„Musikpsychologie ist die Wissenschaft der Wahrnehmung von Musik, der Herstellung und Reproduktion von Musik und der Wirkung von Musik“ (Bruhn 1996, 241) und befasst sich außerdem mit „psychologischen Fragestellungen musikalischen Verhaltens“ (Stoffer 2008, 660). Die Musikpsychologie wird der Systematischen Musikwissenschaft zugeordnet (vgl. Kopiez u.a. 2008, 665). Der Trend der musikpsychologischen Forschung geht in den letzten Jahren hin zur Anwendung neurowissenschaftlicher Methoden. Es geht darum, die Verarbeitung der Musik im Gehirn zu erforschen. Schwerpunkte bilden die Bereiche „Wahrnehmung,

die unterschiedlichen Komponenten des Gedächtnisses, emotionale Reaktionen und die Motorik beim Spielen von Musikinstrumenten“ (Stoffer 2008, 662 f.).

Im Rahmen dieser Arbeit werden in den folgenden Kapiteln die Gebiete *Wahrnehmung von Musik* und die *Wirkung von Musik*, also auch emotionale Reaktionen auf Musik aufgegriffen. Die Motorik beim Spielen von Musikinstrumenten wird in dieser Arbeit nicht berücksichtigt. Dieser Bereich hat für diese Wissenschaftliche Hausarbeit unter Einbezug von schwer behinderten Menschen keine primäre Bedeutung, da viele schwer behinderte Menschen in ihrer Motorik stark eingeschränkt sind, wodurch ein selbständiges Spielen und Erlernen eines Musikinstruments häufig nicht möglich ist.

3.4 Musikwahrnehmung

Die Wahrnehmung ist das Erfassen dessen, was um einen herum ist (vgl. Orff 1990, 9). Die Wahrnehmung ist für Menschen eine überlebenswichtige Funktion und die elementarste Weise, „in der ein Mensch mit seiner Umwelt Bezug aufnimmt“ (Pfeffer 1988, 36). Bei der Wahrnehmung von Musik geht es um das Erfassen der akustischen Wirklichkeit (vgl. Orff 1990, 9) und kann auch in Verbindung mit der taktilen und/oder visuellen Wahrnehmung stehen, abhängig davon, welche Angebote dem Kind gemacht werden.

Kinder mit einer schweren Behinderung haben eine besondere Art der Wahrnehmung. Sie erleben Eindrücke, in der Literatur wird jedoch davon ausgegangen, dass sie deren Sinn nicht verstehen. Das heißt, sie hören, dass etwas klingt, können aber nicht zuordnen, was klingt und warum. Für diese Kinder liegt die Bedeutung darin, wie etwas klingt (vgl. Meyer 2009, 18). Geräusche, Worte, Klänge und Gegenstände werden nicht als Begriff, sondern als Gefühl wahrgenommen, als „angenehm, unangenehm, reizvoll [und] reizarm“ (ebd., 16).

Besondere Bedeutung kommt jedoch bei der Musikwahrnehmung zunächst dem Hörsinn zu, deshalb soll es in diesem Kapitel um das akustische Wahrnehmen, das ‚Hören‘ von Musik, gehen.

Der Hörsinn ist der sensibelste Wahrnehmungssinn des Menschen. Um den Hörsinn anzusprechen, genügen Reizenergien, die ungefähr zehnmal kleiner sind als die Reize, die notwendig sind, um den Tastsinn anzusprechen (vgl. van Deest 1997, 21 f.). Auch Spitzer erwähnt die starke Empfindlichkeit des Gehörs (vgl. Spitzer 2002, 50 f.).

Das Denkmuster über Sinneswahrnehmungen unterliegt einem Wandel (vgl. Petersen 1996, 339). Die alte Vorstellung, die am Ende des zwanzigsten Jahrhunderts noch vorherrschend war, versteht die Sinneswahrnehmung als medizinisch-naturwissenschaftlich und „betrachtet

den Wahrnehmungsvorgang als passiv und gespalten: Objektive Schallwellen treffen auf das als komplizierte Apparatur gedachte Hörorgan, bringen dieses Apparatur in Schwingungen und rufen über neurophysiologische (elektisch-chemische) Vorgänge schließlich mehr oder weniger passiv subjektive Hörempfindungen hervor“ (Petersen 1996, 339). Petersen sieht dieses Denkmuster als nicht ausreichend an, denn nach dieser Ansicht kann nicht die Frage beantwortet werden, wie es zum Sprung „von objektiven, meßbaren [sic!], körperlichen Vorgängen zu subjektiven, qualitativen seelischen Empfindungen“ (ebd.) kommt.

Deshalb bildete sich ein neues Konzept heraus, das als phänomenologisch-therapeutisch bezeichnet wird. Dabei wird die Sinneswahrnehmung als ein ganzheitlicher und aktiver Prozess gesehen. „Das wahrnehmende Subjekt konstituiert durch seine Intention das wahrgenommene mit“ (ebd.). Das Subjekt wird also in Zusammenhang mit dem Objekt gesehen, dagegen wird beim alten Konzept das Subjekt vom Objekt bei Wahrnehmungsvorgängen gespalten. Die Identifikation des Reizes, sowie dessen Vergegenständlichung stehen damit nach den neueren Überlegungen in einem wechselseitigen und dynamischen Prozess (vgl. ebd.). Scheuerle nennt dazu drei erforderliche phänomenologisch bestimmte Wahrnehmungskriterien (vgl. Scheuerle 1984; zit. n. Petersen 1996, 339 f.), nämlich „Erkennen, Spezifität des jeweiligen Wahrnehmungsbereichs und Intentionalität“ (ebd.). Der Subjektbezug der phänomenologischen Sichtweise auf Wahrnehmung erläutert auch Pfeffer. Die Wahrnehmung wird dabei nicht objektiv betrachtet, sondern aus der Sichtweise des Subjekts heraus: Wie erscheint die Wahrnehmung „dem Wahrnehmenden [...] im Wahrnehmen“ (Pfeffer 1988, 36)?

Diese Erläuterung Pfeffers zeigt, dass auch er einen phänomenologischen Blick auf die Wahrnehmung hat, wenn er über die Wahrnehmung von schwer behinderten Menschen spricht.

Auch Menschen mit schwerer Behinderung nehmen ihre Umwelt wahr. Dass dies der Fall ist, wird deutlich, wenn Menschen mit schwerer Behinderung eine Reaktion auf die Wirklichkeit um sie herum zeigen (vgl. Pfeffer 1988, 36). Dennoch wird eine schwere Behinderung oft in Zusammenhang mit einer Wahrnehmungsstörung gebracht: „Konstatiert werden sowohl organische Beeinträchtigungen im Bereich der Sinnesorgane [...] als auch Störungen in der „Verarbeitung von Sinnesreizen“ und deren Integration in die Persönlichkeit“ (ebd.). Schönberger gibt an, dass bei jedem zweiten Kind mit Zerebralparese „mit einer zusätzlichen Seh-, bei jedem dritten mit einer zusätzlichen Hörschädigung zu rechnen“ (Schönberger 1974, 227) ist. Diese Angabe soll als Richtwert dienen (vgl. ebd.). Dies muss berücksichtigt werden, wenn Kommunikation über Musik, also über akustische Reize, gefördert werden soll. Deshalb müssen im konkreten Fall mögliche Sinnesschädigungen beachtet werden.

3.5 Die Wirkung von Musik

Schon immer wird Musik eingesetzt, um „körperliche, seelische und geistige Störungen wieder ins Gleichgewicht zu bringen“ (Müller 2001, 29), denn Musik kann zur „Koordination, Integration und Harmonisierung von Verstand, Gefühl und Psychomotorik beitragen“ (van Deest 1997, 20). Die Heilkraft der Musik ist seit jeher bekannt und wurde auf verschiedene Weise angewendet, weshalb sie eines der ältesten Heilverfahren ist (vgl. Müller 2001, 29). Bereits um 500 vor Christus beschäftigten sich Menschen „mit der Wirkung von Musik auf Menschen“ (Stoffer 2008, 655; vgl. Bruhn 1996, 241). Die Wirkung von Musik auf Menschen ist auch heute noch ein aktuelles Thema, wird die Musik doch zum Beispiel in der Musiktherapie als Methode der Psychotherapie eingesetzt. Das zeigt, dass es etwas an oder in der Musik geben muss, das sich insbesondere positiv auf Menschen auswirkt. Auch wenn in dieser Arbeit die Wirkung von Musik auf Schülerinnen und Schüler mit schwerer Behinderung im Mittelpunkt der Betrachtungen steht, soll in diesem Kapitel zunächst die Wirkung von Musik auf Menschen allgemein dargestellt werden, um dann herauszuarbeiten, was Autoren über die Wirkung von Musik bei behinderten Menschen sagen.

In fast allen Kulturen ist ein Wissen über emotionale Wirkungen von Musik verbreitet (vgl. Kreutz 2008, 548). Die heutigen Theorien bewegen sich auf der Basis von zwei Annahmen: Einerseits löst Musik Emotionen aus und andererseits können Emotionen durch Musik ausgedrückt werden (vgl. Sulzer 1967, 374; zit. n. Kreutz 2008, 548). Trotz weit verbreiteter Kenntnis über die emotionale Wirkung von Musik und deren allgemeine Akzeptanz, gibt es „hierzu nur wenige wissenschaftliche Untersuchungen“ (Spitzer 2002, 379). Spitzer sieht als möglichen Grund dafür unter anderem die Monografie von Meyer (1956), in der dieser darstellt, dass ein Zusammenhang zwischen Musik und Emotionen nicht adäquat erforscht werden könne (vgl. Meyer 1956; zit. n. Spitzer 2002, 380). Bereits in der Antike wurden vermutlich musikalische Gefühlswirkungen „zu therapeutischen und pädagogischen Zwecken“ (Kreutz 2008, 548) herangezogen. Gegenwärtig wird die emotionale Wirkung von Musik unter anderem zu kommerziellen Zwecken eingesetzt, zum Beispiel in Film und Fernsehen (vgl. ebd.).

Spitzer gibt an, dass Musik zum Wohlbefinden beiträgt (Spitzer 2002, 426). Andersherum kann Wohlbefinden auch durch Musik geäußert werden. Ein Beispiel hierfür ist das Pfeifen eines fröhlichen Liedes als Ausdruck von guter Laune und Wohlbefinden (vgl. ebd.). Und auch schon Kant vergleicht „die Wirkungen der Musik mit denen des Lachens“ (vgl. Kant 1790/1924; zit. n. Spitzer 2002, 426), was mit einer positiven Wirkung einhergeht. „Als Wir-

kungsmechanismus der Musik schlägt Kant eine Wechselwirkung musikalischer Erfahrung mit körperlichen Prozessen vor“ (ebd.). Unter den körperlichen Prozessen werden Schwingungen der Organe verstanden, die auf das Gleichgewicht der Lebenskräfte und „die Gesundheit einen wohltätigen Einfluß [sic!]“ (ebd.) haben. Mit seinem Vergleich von Lachen und Musik war Kant auf dem richtigen Weg. Denn eine Untersuchung von Goel und Dolan im Jahr 2001 „zur Gehirnaktivierung durch Humor zeigte[n] [sich] ähnliche Muster wie beim Hören guter Musik“ (vgl. Goel und Dolan 2001; zit. n. Spitzer 2002, 426).

Der Zusammenhang von Musik und Gefühlen liegt möglicherweise darin, dass die Ohren und das Limbische System, welches eine Art Gefühlszentrum ist, im Gehirn direkt miteinander verbunden sind (vgl. van Deest 1997, 22).

Außerdem löst Musik bei vielen Menschen körperliche Bewegung aus, was physiologische und neurologische Auswirkungen auf den Körper hat (vgl. Smeijsters 1999, 41). Denn durch körperliche Bewegung werden Hormone und Neurotransmitter frei gesetzt, die wiederum in Zusammenhang stehen mit den vegetativen Reaktionen des Körpers, also unter anderem dem Herzschlag, dem Puls, der Herzfrequenz, der Muskelanspannung und -entspannung und dem Atem (vgl. ebd.). Dieser Zusammenhang bedeutet, dass durch Musik diese vegetativen Reaktionen beeinflusst werden können. Bereits 1880 führte Dogiel Studien mit Tieren und Musik durch, bei denen er herausfand, „dass unterschiedliche Musik sich unterschiedlich auf den Blutdruck und den Herzschlag auswirkt“ (vgl. Dogiel 1880; zit. n. Kopiez 2008, 525).

Spintge erklärt „die Wirkung musikalischer Reize als Stress- und Schmerzreduktion“ (Spintge 2001, 389; zit. n. Decker-Voigt 2008, 43). Die folgende Abbildung 4 zeigt, welche Körpersysteme welche Reaktion auf Musik zeigen:

Reagierendes System	Reaktion
Herz Kreislauf	Senkung der Herzfrequenz Senkung des arteriellen Blutdrucks antiarrhythmische Wirkung
Atmung	Senkung des Atemminutenvolumens Senkung des Sauerstoffverbrauches Synchronisation/Harmonisierung des Rhythmus
Innere Sekretion und Stoffwechsel	verminderte Freisetzung von: Katecholamine ACTH Cortisol Prolaktin β -Endorphin Senkung des Grundumsatzes Herstellen der Schlafbereitschaft
Äußere Sekretion und Ausscheidung	verminderte Schweißsekretion
Rezeption	angehobene Schmerzschwelle
Perzeption	erhöhte Schmerzempfindungstoleranz
Psychomotorik	verminderte motorische Unruhe verminderter Muskeltonus lösen muskulärer Verkrampfungen

Abbildung 2: Musikalische Reize als Stress- und Schmerzreduktion
Quelle: eigene Darstellung auf der Basis von Spintge (1992, 24)

Die auch von Smeijsters genannten Reaktionen des Körpers werden durch diese Tabelle aus der Musikmedizinforschung belegt. Die Angaben sind ein Anhaltspunkt dafür, dass Musik eine entspannende Wirkung aufzeigt. Zeichen hierfür sind die Senkung der Herzfrequenz, des Blutdrucks und die antiarrhythmische Wirkung, das heißt, eine positive Wirkung auf Herzrhythmusstörungen. Außerdem kann Musik auf den Atemrhythmus eine harmonisierende

Wirkung haben. In Bezug auf Menschen mit spastischer Form der Cerebralparese ist hier ganz besonders der Aspekt der Psychomotorik zu berücksichtigen: Musikalische Reize lösen muskuläre Verkrampfungen und vermindern einen hypertonen Muskeltonus (vgl. Decker-Voigt 2008, 43). Musik spricht somit den ganzen Menschen an, körperlich und emotional (vgl. van Deest 1997, 20).

Müller weist daraufhin, dass im Bereich der Heil- und Sonderpädagogik von vielen positiven Erfahrungen mit Musik berichtet wird (vgl. Müller 2001, 29). Beispielhaft führt er hier „*Wolfgang 1971, Keller 1971, Scheiblaue 1945 und 1973, Bächli 1973*“ (ebd.) an. Müller bezeichnet die Wirkung von Musik auf Menschen mit einer Behinderung als „meist beeindruckend“ (ebd.), denn musikalische Ereignisse wie Lieder und Tanz lösen bei Menschen mit geistiger Behinderung meist starke Reaktionen aus (vgl. ebd.). Einen Grund, weshalb Menschen mit schwerer Behinderung so sehr von Musik angesprochen werden, kann durch eine Aussage von van Deest erklärt werden: Wenn Menschen sich in einer Situation befinden, dass sie sich allein und unverstanden fühlen und wenn diese „Erlebnisse und Gefühle mit Worten allein kaum noch auszudrücken sind“ (van Deest 1997, 19 f.), dann werden Menschen von Musik besonders stark angesprochen. Menschen mit schwerer Behinderung, die weder über Sprache oder ähnliche Kommunikationssysteme verfügen, noch ihren Körper als nonverbales Kommunikationsmittel intentional einsetzen können, befinden sich alltäglich in dieser Situation. Sie erleben ihre Gefühle „unmittelbar“ (Meyer 2009, 16). Bis heute gibt es jedoch keine wissenschaftliche Untersuchungen zu der Wirkung von Musik auf Menschen mit schwerer Behinderung (vgl. ebd., 29).

Letztendlich kann der Musik keine konstante Wirkung zugeordnet werden, denn „keine Musik besitzt eine bei allen Menschen immer und überall wirksame, heilende Kraft“ (ebd., 16). Unterschiedliche Musik wirkt auf unterschiedliche Menschen in unterschiedlichen Situationen verschieden. Nicht jeder Mensch nimmt Musik gleich auf und wird von denselben Aspekten und Komponenten im selben Maße angesprochen. Damit lässt Musik eine sehr individuelle Arbeit zu, erfordert diese jedoch auch!

Sicher ist, dass Musik „die Gefühle jedes Menschen individuell ansprechen“ (van Deest 1997, 19) kann, denn jeder „fühlt in der Musik nur das, was er selbst fühlen kann oder möchte“ (ebd., 18).

4 Kommunikation

4.1 Definition

„*Man kann nicht nicht kommunizieren*“ (Watzlawick, Beavin und Jackson 2007, 53). Mit dieser viel zitierten Aussage definiert Watzlawick jedes Verhalten, auch wenn es nicht intentional ist, als Kommunikation. Sein Kommunikationsbegriff ist somit sehr weit gefasst, Kommunikation beginnt für ihn schon beim nicht intentionalen Verhalten.

Der Begriff *Kommunikation* ist abgeleitet vom lateinischen Verb ‚communicare‘, was „teilnehmen lassen, Gemeinsamkeit herstellen, mit-teilen“ (Fröhlich 2010, 12) bedeutet.

Doch nicht alle Autoren definieren den Begriff *Kommunikation* so weit wie Watzlawick.

Klauß stellt die Aussage von Watzlawick in Frage, denn er sieht diese Aussage auch als Einschränkung der Kommunikation. Was ist, wenn jemand nicht kommunizieren möchte (vgl. Klauß 2005, 239)? Außerdem ist Klauß der Auffassung, „dass sowohl die Fähigkeit als auch der ‚Geschmack‘ am Kommunizieren der Bildung bedürfen“ (ebd.). Dabei berücksichtigt er besonders Menschen mit geistiger Behinderung.

Für Blischak u.a. ist Kommunikation „die Bedeutungsübermittlung von einem Individuum zum anderen mittels gestischer, gebärdeter, gesprochener und/oder geschriebener Mittel. Kommunikation wird im Allgemeinen als intentional angesehen und beinhaltet soziale Interaktion“ (vgl. Blischak u.a. 1997; zit. n. Biermann/ Götze 2005, 176). Nach dieser eher engen Definition werden die Äußerungen zum Beispiel Säuglingen, die noch nicht willentlich agieren können, nicht als Kommunikation angesehen.

Bundschuh u.a. sprechen von Kommunikation, wenn in „Situationen des Zueinander-Verhaltens ein Informations- und Mitteilungsaustausch, sei es sprachlich (verbal mittels des digitalen Zeichensystems der Sprache) oder in anderer Form (non-verbal mittels analoger Signale wie Gestik, Mimik etc.)“ (Bundschuh u.a. 2007, 160) stattfindet. Der sozialwissenschaftlich weitere Begriff Interaktion wird mit Verhalten gleichgesetzt und umfasst „jede Situation, in der zwei oder mehr Menschen sich zueinander verhalten“ (ebd.). Kommunikation wird also als Interaktion auf der Grundlage des Informationsaustausches gesehen.

Alle aufgeführten Definitionen berücksichtigen den Aspekt der nonverbalen Kommunikation in ihrer Definition, unterscheiden sich jedoch „im Einbeziehen bzw. Nicht-Einbeziehen von Intentionalität“ (Biermann/ Götze 2005, 176).

Biermann und Götze stellen fest, dass Autoren, die sich mit Menschen mit schwerer Behinderung beschäftigen, eher weitere Definitionen von Kommunikation formulieren (vgl. Biermann/ Götze 2005, 176).

Beispielhaft soll hier Fröhlich und Simon erwähnt werden. Sie betonen in ihrer Definition von Kommunikation den Aspekt des Gemeinsamen, des Austauschs und der Begegnung zweier Menschen. Sie verstehen unter Kommunikation nicht nur etwas mitzuteilen oder zu empfangen, sondern „eine wechselseitige Kontaktaufnahme bzw. [...] [den] Informationsaustausch zwischen Individuen“ (Fröhlich/ Simon 2008, 17). Weiterhin wird die menschliche Kommunikation als „zwischenmenschliche Verständigungsform mit dem komplexen Gebrauch unterschiedlicher Medien“ (ebd., 19) beschrieben. Kommunikation wird von Fröhlich und Simon zu den grundlegenden Bedürfnissen von Menschen gezählt. Sie beschreiben sie als lebensnotwendig und als Bestandteil des Lebens (vgl. ebd.). Dies wird deutlich in ihrer Unterscheidung vielfältiger Möglichkeiten und Medien der Kommunikation. Neben der gesprochenen Sprache und Schriftsystemen als Kommunikationsmittel nennen sie die visuelle, taktile, somatische, geruchliche, geschmackliche, thermische, sowie die vibratorische Kommunikation. Menschliche Kommunikation wird damit als eine Vielfalt beschrieben, die sich unterschiedlichster Medien bedienen kann (vgl. ebd., 19 ff.).

Der Begriff *Kommunikation* aus musiktherapeutischer Sicht betont das Zusammensein, zu dem es durch Kommunikation kommen soll. Kommunikation wird als ein zu erwerbender Zustand gesehen, der ein „gegenseitiges Nehmen und Geben“ (Orff 1990, 84) fordert.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Kommunikation ein wechselseitiger Prozess ist (vgl. Fröhlich/ Simon 2008, 48, 17). Somit handelt es sich bei Kommunikation nicht nur um die Fähigkeit, eine Botschaft auszusenden, sondern es geht gerade auch um das Gemeinsame, die Interaktion, das Mitteilen und die Aufnahme und Erwidern der Mitteilung.

Es reicht also nicht aus zu sagen, „Kommunikationsfähigkeit bestehe darin, Mitteilungen an andere zu machen und Mitteilungen anderer aufzunehmen und zu verstehen, weil es nicht um die Möglichkeit des Sendens allein und des Empfangens allein geht, sondern um ein gemeinsames Mitteilen und Verstehen im Kontext der Begegnung zweier Menschen“ (ebd., 17).

4.2 Vielfalt der Kommunikation nach Fröhlich und Simon

Die unterschiedlichen Möglichkeiten sich mitzuteilen werden vor allem deutlich, wenn Kommunikation in den frühen Entwicklungsphasen beobachtet wird (vgl. Fröhlich/ Simon 2008, 26). Auch für Schülerinnen und Schüler mit schwerer Behinderung ist die Berücksichtigung verschiedener Ausdrucksformen für die Interaktion besonders wichtig. Deshalb wird

im Folgenden die bereits in Kapitel 4.1 erwähnte Vielfalt der Kommunikation nach Fröhlich und Simon hier noch einmal aufgegriffen.

Visuelle Kommunikation

„Die visuelle Kommunikation umfasst alles, was als zum Sehen gehörig oder sichtbar gilt“ (Fröhlich/ Simon 2008, 19). Es geht also um alles, was gesehen oder mit den Augen ausgedrückt werden kann. Dazu gehören die geschriebene Schrift, sowie hochtechnisierte Medien wie das Internet oder auch Gebärden (vgl. ebd.).

Eine ebenso wichtige Komponente der visuellen Kommunikation sind direkte zwischenmenschliche Beobachtungen, denn wir „teilen uns in besonderem Maße über Mimik, Gestik und Proxemik (die Bewegungen der Menschen zueinander) mit“ (ebd.).

Taktile Kommunikation

Die Haut ist das „größte[...], empfindlichste[...] und am höchste[n] entwickelt[...]e[...] Sinnesorgan“ (Fröhlich/ Simon 2008, 20) des Menschen. Unter der taktilen Kommunikation wird das Erspüren und Mitteilen einer Botschaft oder der Informationsaustausch über die Haut verstanden. Taktile Kommunikation beginnt schon sehr früh, wenn beispielsweise eine Mutter bereits nach der Geburt ihr Kind sanft berührt und dem Säugling dadurch Liebe und Sicherheit übermittelt (vgl. ebd.). Denn „[ü]ber unsere Haut nehmen wir Kontakt auf: mit uns selbst, mit anderen Menschen, mit den Dingen in unserer Umgebung“ (ebd.), welche als die „elementarste Form der Kommunikation und Begegnung zweier Menschen“ (ebd.) betrachtet werden kann.

Somatische Kommunikation

Das Kommunikationsmedium der somatischen Kommunikation ist „der gesamte Körper mit seiner Haut, seinen Muskeln und Gelenken“ (Fröhlich/ Simon 2008, 21). Über somatische Angebote kann der Körper in seinem Ganzen, der Lage und der Begrenzungen des Körpers direkt und unmittelbar gespürt werden. Insbesondere für Kinder ist es wichtig, „sich immer wieder auf eine sehr deutliche Weise zu spüren, den eigenen Körper zu erleben, Grenzen und Begegnungen wahrzunehmen und so auch Sicherheit zu erfahren“ (ebd.). Aber auch durch die Haltung des Körpers, An- oder Entspannung, können Wohlbefinden oder Unwohlsein, Meinungen oder Befindlichkeit geäußert werden (vgl. ebd.).

Geruchliche Kommunikation

Der individuelle Geruch, den jeder Mensch hat, kann Auswirkung auf unsere Kommunikation haben. Dieser „beeinflusst uns, teilweise unbewusst und nicht im engeren Sinne steuerbar, in unserer Sympathie oder Antipathie, die wir einem Menschen gegenüber empfinden“ (Fröhlich/ Simon 2008, 22). Durch den Geruch kann unsere Haltung gegenüber einem anderen Menschen verändert werden und wirkt sich auf die Beziehung aus (vgl. ebd.).

Geschmackliche Kommunikation

Die geschmackliche Kommunikation ist keine Kommunikation im eigentlichen Sinne, denn wir können nicht „etwas ‚Schmeckbares‘ [...] produzieren und unserem Gegenüber mittels des gleichen Mediums etwas [...] erwidern“ (Fröhlich/ Simon 2008, 23). Dennoch findet Kommunikation statt, auch wenn für die Antwort ein anderes Ausdrucksmedium gefunden werden muss.

So kann der Mund als Erkundungsorgan dienen, vor allem bei Säuglingen und auch bei vielen schwer behinderten Kindern und Jugendlichen, mit dem „Informationen über sich selbst und [über die] Umwelt“ (ebd., 22) gesammelt werden können. Es ist also nicht möglich, sich „über den Geschmack“ (ebd., 23) auszutauschen, aber es kann eine Reaktion auf die erfahrenen Informationen zum Beispiel durch Mimik oder vergnügtes Schmatzen gegeben werden. Darauf kann wiederum mit Sprache geantwortet werden, sodass Kommunikation stattfindet (vgl. ebd.).

Thermische Kommunikation

Die Körpertemperatur eines Menschen gibt Auskunft über dessen Befindlichkeiten. Über die Temperatur der Haut kann gefühlt werden, ob sich jemand wohl oder unwohl fühlt, krank, angespannt oder aufgeregt ist. Diese Informationen können dann von einer anderen Person wahrgenommen werden. Auch hier findet keine Kommunikation im eigentlichen Sinne statt, denn es kann auf der Temperaturebene keine Antwort gegeben werden, sondern es muss ein anderes Kommunikationsmedium verwendet werden. Es kann dann aktiv auf die übermittelte Information der Temperatur reagiert werden (vgl. Fröhlich/ Simon 2008, 23).

Vibratorische Kommunikation

„Vibratorische Schwingungen [beeinflussen] unsere Wachsamkeit und Grundstimmung“ (vgl. Tomatis 1994; zit. n. Fröhlich/ Simon 2008, 24). Vor allem Kleinkinder und schwer behinderte Kinder „reagieren besonders gut auf vibratorische Angebote“ (ebd.). Wie bei der ge-

schmacklichen und thermischen Kommunikation kann über Vibrationen lediglich ein Reiz oder ein Angebot gesendet werden. Für die Antwort dazu muss ein anderes Kommunikationsmittel verwendet werden.

Diese Erläuterungen über die Vielfalt der Kommunikationsmöglichkeiten zeigen, dass jeder Mensch zu Kommunikation fähig ist. Fröhlich und Simon formulieren dies folgendermaßen: „Jedem Menschen stehen durch seinen Körper, seine Bewegungs- und Wahrnehmungsfähigkeit zumindest rudimentäre Kommunikationsfähigkeiten zur Verfügung“ (Fröhlich/ Simon 2008, 25). Sie betonen jedoch auch, dass es immer einem Gegenüber bedarf, der die „Mitteilungen aufnimmt, interpretiert und reagiert um zu einer echten Kommunikation zu gelangen“ (ebd.).

Pfeffer unterstreicht diese Grundannahme ebenfalls: „Von Geburt an [...] muß [sic!] eine Fähigkeit zum menschlichen In-Beziehung-Treten gegeben sein“ (Pfeffer 1988, 142). Er betont die „pädagogische Herausforderung“ (ebd.), die darin besteht, dort anzusetzen, „wo diese grundlegende Befähigung beeinträchtigt und gestört ist“ (ebd.), wie es häufig bei Menschen mit schwerer Behinderung ist.

4.3 Nonverbale Kommunikation

Nonverbale Kommunikation schließt Signale ein, die vom ganzen Körper ausgehen. Dazu gehören „insbesondere das Gesicht, der Blick, die Hände, die Körperhaltung und die Bewegung im Raum“ (Pfeffer 1988, 184), was Wachsmuth erweitert, indem sie zusätzlich „Berührungen, Änderungen in der Atmung und auch Vokalisationen“ (Wachsmuth 2010, 58) einbezieht. Es werden für den Begriff *nonverbale Kommunikation* auch alternative Begriffe, wie *Körpersprache* und *körpersprachliche Kommunikation* verwendet (vgl. ebd., 58). Mit dieser Form der Kommunikation werden vor allem Gefühle, „interpersonale Einstellungen und die Selbstdarstellung der Persönlichkeit“ (ebd.) ausgedrückt. Fröhlich und Simon thematisieren die Wichtigkeit der nonverbalen Signale des Körpers für die Übermittlung von Zustand und emotionaler Befindlichkeit (vgl. Fröhlich/ Simon 2008, 50).

Nonverbale Signale geschehen nicht nur in Kombination mit Sprache und begleiten diese, sondern sie sind auch bedeutungstragend (vgl. Pfeffer 1988, 184).

Die wichtigsten nonverbalen Signale sendet der Gesichtsausdruck eines Menschen. Gefühle und Einstellungen können anhand des Gesichtsausdrucks gut abgelesen werden, dies gilt auch bei Menschen mit schwerer Behinderung. Für den kommunikativen Aspekt nonverbaler Äußerungen durch den Gesichtsausdruck wird der Blick aufgeführt (vgl. ebd.). Um in Beziehung

zu treten oder diese zu vermeiden „sind die Häufigkeit des Anblickens, eine bestimmte Blickdauer und die Pupillengröße relevante nonverbale Zeichen“ (ebd.). Ein Blickkontakt vermittelt zum Beispiel Offenheit, ein Meiden des Blickkontaktes dagegen Scham oder Angst. Die Bewegung von Armen und Händen kann bei dem Gegenüber eine positive oder negative Kommunikation herbeiführen. Beispielhaft vermitteln verschränkte Arme eine Abwehr oder Selbstschutz (vgl. ebd., 185).

Über den Körperkontakt zeigen Menschen interpersonelle Einstellungen. Beispielhaft kann hier die enge Beziehung zwischen Mann und Frau angeführt werden. Zulassung und Vermeidung von Körperkontakt signalisieren Einstellungen dem anderen gegenüber (vgl. ebd.). Als nonverbale Signale der räumlichen Bewegung gelten zum Beispiel die „Nähe, der Winkel, in dem der eine dem anderen gegenübersteht und die Weise der Bewegungen im Raum“ (ebd.).

Fröhlich und Simon stellten in einer Untersuchung mit schwer behinderten Kindern fest, dass fast allen Kindern grundlegende Ausdrucksmöglichkeiten in Form von körperlichen Äußerungen zur Verfügung stehen (vgl. Fröhlich/ Simon 2008, 83). Pfeffer bezeichnet die nonverbalen Elemente in der Kommunikation mit schwer behinderten Menschen als vorherrschend, womit die hohe Relevanz der nonverbalen Kommunikation in Bezug auf Menschen mit schwerer Behinderung deutlich wird (vgl. Pfeffer 1988, 184). Pfeffer bezieht sich dabei auf Argyle, der feststellte, „daß [sic!] alle Lebensäußerungen Mitteilungen sein können, auch wenn sie nicht als solche intendiert sind“ (vgl. Argyle 1979; zit. n. Pfeffer 1988, 184). Diese Annahme ist eine unabwendbare Voraussetzung für die Kommunikationsförderung der Personengruppe Menschen mit schwerer Behinderung (vgl. ebd.).

Pfeffer betont außerdem, dass der Erzieher nicht nur ein Verhältnis *zum* Gegenüber aufbauen und erhalten soll, sondern *mit* dem schwer behinderten Menschen in einen wirklichen Dialog treten sollte (vgl. ebd.).

4.4 Kommunikation bei Schülerinnen und Schülern mit schwerer Behinderung

Die Beschreibung von Kommunikation im Sinne eines wechselseitigen Austauschs als eines der elementarsten Bedürfnisse des Menschen zeigt, wie wichtig es für Menschen ist, sich mitteilen zu können, verstanden zu werden und in einen wechselseitigen Austausch mit anderen Menschen treten zu können (vgl. Fröhlich/ Simon 2008, 11). Der Informationsaustausch zwischen Menschen gehört zum Leben, denn dadurch ist es möglich, Zuneigung, Bedürfnisse und Befindlichkeiten auszudrücken. Verstanden zu werden ist auch nach Niehoff ein Bedürfnis eines jeden Menschen (vgl. Niehoff 2007, 62).

Die ICF nennt neun Domänen, „in denen Menschen Aktivitäten entfalten und teilhaben können – oder daran gehindert werden“ (Klauß 2011, 30). Die Domänen sind:

- „ - Lernen und Wissensanwendung
- Allgemeine Aufgaben und Anforderungen
- Kommunikation
- Mobilität
- Selbstversorgung
- Häusliches Leben
- Interpersonelle Interaktion und Beziehungen
- Bedeutende Lebensbereiche
- Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben“ (DIMDI 2005a, 20).

Kommunikation wird also als eine der Grundvoraussetzungen für Teilhabe oder eine Einschränkung dieser Teilhabe gesehen. Schülerinnen und Schüler mit einer schweren Behinderung sind jedoch aufgrund ihrer Beeinträchtigungen in ihren sprachlichen Äußerungen meist stark eingeschränkt (vgl. Fröhlich/ Simon 2008, 48; vgl. Klauß 2011, 33).

Klauß beschreibt die Schwierigkeiten, die sich dadurch für die Kommunikation ergeben „als besonderes Problem im Zusammensein“ (Klauß 2005, 35) mit den Menschen mit schwerer Behinderung. Trotz des Anspruchs, wissen zu wollen, was die Schülerinnen und Schüler mit schwerer Behinderung brauchen, sie zu verstehen und ihnen etwas mitteilen zu können, klappt der Austausch häufig nicht. Das macht die Nichtbehinderten „hilf- und ratlos“ (ebd.) und die Hindernisse im Verstehen und der Kommunikation mit schwerbehinderten Menschen erweisen sich oftmals, wie Klauß es formuliert, als die bedeutsamste Behinderung im Zusammenleben.

Auch Mall beschreibt Probleme in der Kommunikation und im Austausch von Menschen mit einer schweren Behinderung mit ihrer Umwelt. Er beobachtet bei den Menschen mit schwerer Behinderung „eine tiefgreifende Störung dieses lebendigen, kommunikativen Wechselprozesses zwischen dem Individuum und seiner – vor allem menschlichen – Umwelt“ (Mall 2008, 19). Diese Einschränkungen in der kommunikativen Auseinandersetzung mit der Umwelt resultieren aus der Situation von Menschen mit schwerer Behinderung, „ihren Körper und ihre Sinnesorgane“ (ebd.) für eine Auseinandersetzung mit der Umwelt kaum oder gar nicht einsetzen zu können. Die Auseinandersetzung mit der Umwelt bei schwer behinderten Menschen ist deshalb abhängig von der Anpassungsbereitschaft der Umwelt (vgl. ebd.).

Fröhlich und Simon beschreiben in Bezug auf Menschen mit schwerer Beeinträchtigung „einige Besonderheiten, die kommunikative Prozesse erschweren oder teilweise auch unmöglich

erscheinen lassen“ (Fröhlich/ Simon 2008, 48). Kommunikation wird als wechselseitiger Prozess gesehen. Kommt es jedoch zu einer „veränderten oder gestörten Reaktion“ (ebd.) des einen Beteiligten, kann dies die Handlungen des anderen beeinflussen. Ist die Veränderung oder Störung nur vorübergehend, wird dies keine tiefgreifenden Konsequenzen auf die Beziehung haben. Ist das „Repertoire an kommunikativen Verhaltensweisen“ (ebd., 49) jedoch maßgeblich verändert, kommt es zu erheblichen Folgen.

Die folgende Abbildung 4 stellt die Situation dar, die sich häufig im Umgang mit schwer behinderten Menschen ergibt:

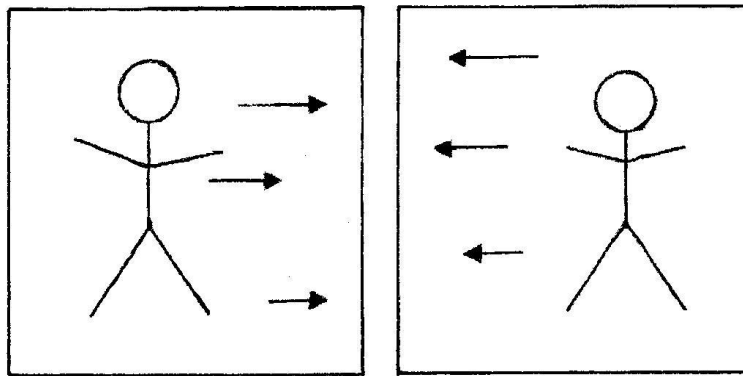


Abbildung 3: Erschwernisse der Kommunikation
Quelle: Fröhlich/ Simon 2008, 49

Dargestellt sind zwei Menschen, die sich gegenseitig etwas mitteilen. Dies geschieht jeweils auf eine Art und Weise, die der andere nicht versteht oder nicht gewohnt ist und umgekehrt. Der Austausch zwischen zwei Personen ist blockiert, was durch die Einrahmungen deutlich gemacht wird. Das kann die Situation veranschaulichen, in der sich ein Schüler oder eine Schülerin mit schwerer Behinderung einer Bezugsperson auf eine Art mitteilt, die diese nicht versteht. Die Bezugsperson äußert sich wiederum so, dass die Schülerin oder der Schüler mit schwerer Behinderung sie nicht versteht (vgl. Fröhlich/ Simon 2008, 49).

Manchmal werden Signale über die Körpersprache gesendet, um dem Gegenüber etwas mitzuteilen. Die Reaktion des anderen darauf geschieht intuitiv. Bei Menschen mit schwerer Behinderung sind diese intuitiven Reaktionen häufig verändert oder finden nicht statt. Deshalb muss beachtet werden, dass Kommunikation bei einer veränderten intuitiven Reaktion des Gegenübers jedoch nur entstehen kann, „wenn ich um die anderen Ausdrucksformen weiß und diese zu verstehen versuche“ (ebd., 50).

Menschen mit schwerer Behinderung sind also durchaus fähig zu kommunizieren und Beziehung herzustellen, allerdings brauchen sie dazu ein Gegenüber, das sich darauf einlässt, von gewohnten Interaktionsmustern abzuweichen und sich auf unbekannte Kommunikationsebe-

nen einzulassen (vgl. Klauf 2011, 33; vgl. Klauf 2005, 35). Dabei muss nicht unbedingt im Vordergrund stehen, Kommunikation hervorzurufen, sondern vielmehr die „individuellen, u. U. subtilen Äußerungen des Menschen mit schwerster Behinderung als initiative Beiträge aufzugreifen und kontingent zu beantworten“ (Hennig 2011, 283).

4.5 Erschwernisse der Kommunikation

Im Folgenden werden einige häufige Besonderheiten im Ausdruck schwer behinderter Kinder und der Entwicklung kommunikativer Fertigkeiten erläutert.

Kinder mit schwerer Behinderung haben oft schon perinatal und postnatal andere Voraussetzungen, um ins Leben zu starten, als nichtbehinderte Kinder. Aufgrund von Anpassungsschwierigkeiten direkt nach der Entbindung ist oft eine intensiv-medizinische Versorgung notwendig (vgl. Fröhlich/ Simon 2008, 50). Dadurch bleibt häufig keine Zeit für eine erste intensive Kontaktaufnahme zwischen Kind und Mutter. Möglicherweise sind weitere lange Krankenhausaufenthalte des Kindes notwendig. „Die Mutter ist hier oft schon aus organisatorischen Gründen nicht in der Lage, ihrem Neugeborenen mit der gleichen Intensität und Kontinuität zu begegnen, wie es zu Hause möglich wäre“ (ebd.). Dies und der häufige Wechsel des Klinikpersonals können zur Folge haben, dass es zu „gravierenden Schwierigkeiten in der Mutter-Kind-Interaktion und Kommunikation“ (ebd.) kommt und „das Kind [...] des weiteren [sic!] keine elementaren Konzepte ausbilden“ (ebd.) kann. Für die Eltern ist es durch den Mangel an Zuwendung und intensivem Kontakt schwierig, Verhaltensweisen zu erwerben, „die den kommunikativen Umgang mit dem Kind erleichtern würden“ (vgl. Fröhlich 1979; zit. n. Fröhlich/ Simon 2008, 51).

Die schon in Kapitel 4.3 erläuterte nonverbale Kommunikation mittels Mimik und Muskelspannung kann bei Kindern mit schwerer Behinderung ebenfalls verändert sein. Durch eine Hirnschädigung können die Signale zur Kommunikationsbereitschaft und das Aktivitätsniveau gestört sein. Für Eltern können sich dadurch bei der Einschätzung der Äußerungen ihres Kindes Probleme ergeben (vgl. ebd.). Die Eltern können nicht adäquat auf die Äußerungen des Kindes eingehen, da diese ihnen fremd erscheinen. Das kann dazu führen, dass das Kind „keine Rückmeldung über seine eigenen Produkte“ (ebd., 52) bekommt und somit nicht erfahren kann, dass sein Verhalten einen Kommunikationswert hat.

Eine hypoton veränderte Muskelspannung kann für die Eltern ein Zeichen von Müdigkeit sein. Indem die Eltern darauf Rücksicht nehmen wollen, wird das Kind durch zu wenige Stimuli zu wenig angeregt und aktiviert (vgl. ebd.). Bei einem hypertonen Muskeltonus können

es dagegen zu viele an das Kind gerichtete Anregungen sein. Bezugspersonen können sich nicht auf diese nonverbalen Signale verlassen, wodurch die Kommunikation gestört wird.

Erschwernisse in der Kommunikation können auch durch eine mangelnde Kopfkontrolle hervorgerufen werden. Besonders bei cerebraler Bewegungsstörung ist die Kopfkontrolle schwierig. Mit einem Hinwenden des Gesichts zum Gegenüber kann Kommunikation initiiert werden. Um die Kommunikation aufrecht zu erhalten, ist ein Blickkontakt notwendig. Hat das Kind nun Schwierigkeiten beim Halten des Kopfes in einer Mittelposition, wird die Aufrechterhaltung des kommunikativen Austauschs erschwert (vgl. Fröhlich/ Simon 2008, 51). Außerdem kann die „Blickausrichtung [...] aufgrund dieser mangelnden Kopfkontrolle die Beziehungsaufnahme erschweren“ (ebd., 52).

Unter dem Asymmetrisch-Tonischen-Nacken-Reflex, der bei schwer behinderten Kindern oft über das Säuglingsalter hinaus weiterbesteht, versteht man den Reflex, dass bei Seitenlage des Kopfes Arm und Bein dieser Seite gestreckt sind (vgl. ebd., 53). Durch diesen persistierenden Reflex und der eingeschränkten Bewegungsmöglichkeiten kann das Kind keine Gegenstände zum Mund führen. Dadurch ist ihm das Erkunden von Dingen mit dem Mund und das Wahrnehmen der „Beschaffenheit der Gegenstände“ (ebd.) nicht möglich und es kann keine „sensorische[n] Erfahrungen für den Mundbereich [machen], die ihm helfen, sein Lautieren immer weiter zu differenzieren“ (ebd.). Auch ein erhöhter oder erniedrigter Muskeltonus im Mundbereich kann auf das Lautieren und die sensorischen Erfahrungen Auswirkungen haben. Laute können schlechter gebildet werden und die Nahrungsaufnahme muss oft als passierte Nahrung erfolgen. Passierte Nahrung ermöglicht jedoch dem Kind keine sensorischen Erfahrungen im Mundraum, was eben die „bereits erwähnten Folgen für die Lautbildung“ (ebd.) hat.

Die fehlende oder schwache Bewegungskontrolle von schwer behinderten Kindern sowie längere Krankenhausaufenthalte sind Voraussetzungen, die die Entwicklung der Kommunikation eines Kindes langfristig stören (vgl. Fröhlich/ Simon 2008, 54). Der Kommunikationsbeginn, die Aufrechterhaltung und die Führung der Kommunikation sind unter anderem aufgrund der oben genannten Gründe stark erschwert. Der Kommunikationsablauf wird oft von der Bezugsperson geführt und initiiert, denn das Kind mit schwerer Behinderung ist meist nicht in der Lage, das Thema des Dialogs zu steuern. Oft verstehen Bezugspersonen wie Eltern die Äußerungen des Kindes nicht, können die Signale nicht lesen, was eine Folge des eingeschränkten Beziehungsaufbaus während Krankenhausaufenthalten sein kann (vgl. ebd.).

Zu erwähnen ist außerdem, dass Bezugspersonen sich sehr um die Kommunikationsaufnahme und Kommunikationserhaltung bemühen, wodurch wenig Energie für die eigentliche Kom-

munikation bleibt (vgl. ebd.). Mangelnde Erfolge bei der wechselseitigen Kommunikation kann zu deren Einbruch führen, sodass die „Versorgung des Kindes ohne wechselseitiges Verständnis“ (vgl. Fröhlich 1990; zit. n. Fröhlich/ Simon 2008, 54) und damit einseitig wird. Auch Pfeffer betont die Berücksichtigung der Belastung der Bezugspersonen durch die verminderte Handlungs- und Kommunikationskompetenz: „In jedem Fall ist der Anfang der Kommunikation so belastet, dass eine Aufkündigung des Bezugs droht, wenn sich keine Möglichkeiten für wechselseitige Mitteilungen in absehbarer Zeit abzeichnen“ (Pfeffer 1988, 144). Auch Hennig erwähnt Schwierigkeiten, die sich in der Kommunikation mit Menschen mit schwerer Behinderung ergeben können: „Eine erschwerte Lesbarkeit der Signale des Kindes, Probleme der Regulation von Wachheit, Aufmerksamkeit und Erregung sowie schädigungsspezifische Besonderheiten [...] erfordern eine erhöhte Anpassungsleistung der Interaktionspartner“ (Hennig 2011, 280).

Dennoch fordert Pfeffer mit Nachdruck die Förderung der angeborenen „Fähigkeit zum menschlichen In-Beziehung-Treten“ (Pfeffer 1988, 142) und fordert ein Ansetzen an die Förderung da, „wo diese grundlegende Befähigung beeinträchtigt oder gestört ist“ (ebd.).

Denn trotz aller Schwierigkeiten, die die Kommunikation betreffen, gilt die Aussage von Friedrich von Bodelschwingh:

„Ob ein behinderter Mensch kommunizieren kann, liegt darin, ob wir seine Sprache erlernen, nicht umgekehrt“ (Fröhlich/ Simon 2008, 55).

Es liegt also an uns, die Äußerungen von schwer behinderten Schülerinnen und Schülern „verstehen zu lernen, oft entgegen jeder Intuition und Logik“ (ebd.).

Die Ausführungen der Erschwernisse in der Kommunikation von Schülerinnen und Schülern mit schwerer Behinderung zeigen, dass es von großer Bedeutung ist, trotz der Schwierigkeiten im gegenseitigen Verständnis, Kontakt, Interaktion und Kommunikation auf anderen, für Nichtbehinderte fremden und ungewohnten Ebenen zuzulassen und verstehen zu lernen. Dazu gibt es bereits mehrere ausgearbeitete Konzepte wie die Basale Stimulation® nach Andreas Fröhlich und die Basale Kommunikation nach Winfried Mall®. Im Rahmen dieser Arbeit wird exemplarisch die Basale Kommunikation nach Winfried Mall® herausgegriffen und erläutert. Die Beschränkung auf eines dieser Konzepte hat den Ursprung darin, dass diese Konzepte für den Umgang mit schwerbehinderten Menschen große Bedeutung haben, dieser Arbeit jedoch der Gedanke der musikalischen Förderung zugrunde liegt. Deshalb werden weitere Konzepte zur Förderung der Kommunikation, über musikalische Elemente, in Kapitel 6 dargestellt.

4.6 Möglichkeiten der Förderung der Kommunikation bei Schülerinnen und Schülern mit schwerer Behinderung am Beispiel der Basalen Kommunikation nach Winfried Mall®¹

Basale Kommunikation nach Winfried Mall ist ein Konzept zum Kommunikationsaufbau mit Menschen, die über keine verbale oder symbolische Kommunikationsform verfügen (vgl. Mall 2008, 92). Für die beispielhafte Darstellung des Konzepts der Basalen Kommunikation habe ich mich entschieden, da es dabei primär darum geht, Begegnung und Kommunikation auf partnerschaftlicher Ebene zu ermöglichen und die Beteiligten dabei offen für das sind, was kommt (vgl. Mall 2010). Denn mit der Basalen Kommunikation „wird Erziehung, Förderung, Therapie wahrnehmbar als kommunikativer, von beiden Partnern wechselseitig gestalteter Prozess, dessen Ziele nicht einseitig vorab definiert werden“ (Mall 2001, 231).

Die im Fokus dieser Arbeit stehenden Menschen mit schwerer Behinderung können auf verbaler oder symbolischer Ebene nicht kommunizieren. Das Konzept nimmt die unter Kapitel 4.1 aufgeführte These von Watzlawick, „man kann nicht nicht kommunizieren“ (Watzlawick, Beavin und Jackson 2007, 53) als Voraussetzung für die Grundannahme der Kommunikationsfähigkeit eines jeden Menschen (vgl. Mall 2001, 223 f.). Deshalb sollen die Vorgehensweisen und Möglichkeiten, die das Konzept der Basalen Kommunikation vorgibt, im Folgenden aufgegriffen werden, auch wenn der Ansatz nicht explizit den Anspruch verfolgt, Kommunikation über musikalische Elemente anzubahnen.

Das primäre Ziel des Konzepts der Basalen Kommunikation ist die Begegnung und das Erleben, nicht die Entspannung (vgl. ebd., 86). Mall formuliert im Weiteren genauer, was dem Gegenüber mit Hilfe der Basalen Kommunikation vermittelt werden soll: „Ich will mit dir in Kontakt kommen, ich interessiere mich für dich, ich will spüren, wie es dir geht, will dich verstehen“ (ebd.). Durch die Methode soll es möglich sein, gerade auch Menschen mit schwerer Behinderung ohne Voraussetzungen begegnen zu können (vgl. Niehoff 2007, 97; vgl. Mall 2008, 79). Dabei nimmt die aktive, nichtbehinderte Person den eigenen Körper in seinen Bewegungen und dem Atemrhythmus bewusst wahr (vgl. Mall 2008, 86) und beobachtet außerdem die Bewegungen und Äußerung des Gegenübers, auf das dann entsprechend geantwortet wird (vgl. Niehoff 2007, 97).

¹ Der Begriff *Basale Kommunikation nach Winfried Mall®* ist markenrechtlich geschützt. Im Text wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit auf das Warenzeichen verzichtet und die Bezeichnung *Basale Kommunikation* verwendet. Der rechtliche Schutz besteht jedoch weiterhin.

Die Kommunikation beginnt in der Situation mit dem, was der oder die andere anbietet: „Seine Bewegungen und Laute, der Ort, an dem er sich im Raum aufhält, das Material, das er benutzt, die Geräusche, die er produziert, auch seine Gewohnheiten und >stereotypen< Verhaltensweisen, seine Körperhaltung, seine Muskelspannung“ (Mall 2008, 79), also auf eine ganz basale Weise. Als Grundelement wird der Atemrhythmus des Gegenübers gesehen. Der Atem ist die „voraussetzungslose Ausgangsebene“ (ebd.) für die Kommunikation. Der Atem ist Zeichen dafür, lebendig da zu sein, was somit die einzige Bedingung für die Fähigkeit zum Kommunizieren im Rahmen der Basalen Kommunikation darstellt (vgl. ebd.).

Eine Situation, die in der Basale Kommunikation stattfinden kann, wird im Folgenden geschildert:

An die Wand gelehnt sitzt die nichtbehinderte Person an einem bequem ausgestatteten Platz und holt das Kind oder den Jugendlichen „in den Schoßsitz zu sich heran, so dass dieser mit dem Rücken zu ihm zwischen seinen Beinen sitzt und sich an ihn anlehnt“ (Mall 2008, 82). Wie nah die Personen zueinander sitzen, muss von der individuellen Situation und Beziehung abhängig gemacht werden, denn das in Kontakt treten „richtet sich immer nach den individuellen Bedingungen, unter denen die Begegnung stattfindet“ (ebd., 81). Der Atemrhythmus des anderen wird dann aufgenommen und sorgfältig beobachtet. Es ist wichtig, dass nur das Ausatmen des anderen begleitet wird, die Atempause und das Einatmen werden dem anderen frei überlassen. In das gemeinsame Ausatmen können verschiedene Angebote wie Bewegung oder Töne integriert werden, um „dieses Mitgehen spielerisch zu gestalten“ (ebd., 80). Von Bedeutung ist, dass dem anderen dabei kein Rhythmus aufgezwungen oder er in Bedrängnis gebracht wird, aber auch „sich selbst nicht zu verlieren“ (ebd.). Mall vergleicht dies mit der Situation an einer Schaukel: Dem anderen wird ein Impuls gegeben, um dann abzuwarten, bis er wieder zurückkommt, um dann einen nächsten Impuls zu geben (vgl. ebd., 83).

Dadurch sollen Menschen mit einer schweren Behinderung Erfahrungen machen, dass sie in Bezug zu ihrer Umwelt stehen und diese beeinflussen können. Wenn diese Erfahrungen gemacht werden, kann sich das kommunikative Verhalten weiter ausdifferenzieren und somit den „Prozess der kommunikativen Entfaltung in Gang setzen“ (Mall 2001, 230). An dieser Stelle betont Mall, dass sich die Förderung der Kommunikation im Alltag einer Person fortsetzen muss und sich nicht nur auf die Situation der Therapie oder Förderung beschränken darf (vgl. ebd.). Förderung der Kommunikation kann in ganz alltäglichen Situationen geschehen, zum Beispiel, indem Äußerungen der betreffenden Person genau wahrgenommen werden und darauf reagiert wird. Sie kann auch geschehen, indem Verhaltensweisen imitiert werden

und damit das Verhalten der Person widergespiegelt wird oder indem während vertrauter Abläufe Pausen eingelegt werden, um eine Reaktion auszulösen (vgl. ebd., 230 f.).

Nach dem Konzept kann das Angebot der Basalen Kommunikation auch vom Menschen mit Behinderung auch abgelehnt werden (vgl. ebd., 224).

5 Zum Zusammenhang von Musik und Kommunikation

5.1 Die Bedeutung der Musik in der Förderung der Kommunikation

Wendeborg schlägt vor, bei Menschen mit schwerer Behinderung auf andere Kommunikationsebenen als die Sprache zu wechseln und spricht dabei insbesondere die nonverbalen Formen an. Beispielfhaft führt er hier „den direkten Körperkontakt sowie [...] Klänge und Musik“ (Wendeborg 2010, 215) an.

Auch Gaston zeigt einen Zusammenhang zwischen Musik und Kommunikation in seinen „acht grundlegenden Überlegungen [...] zur Beziehung zwischen Mensch und Musik“ (vgl. Gaston 1968; zit. n. Goll 2006, 189) auf. Identisch zu Wendeborg ordnet Gaston die Musik zu den nonverbalen Kommunikationsformen, denn wenn es die Möglichkeit gäbe, „musikalische Inhalte sprachlich zu vermitteln“ (ebd.), dann gäbe es keine Musik und kein Bedürfnis nach Musik. Meyer formuliert Musik als unmittelbare Ebene der Kommunikation und schafft so, ebenfalls wie Gaston und Wendeborg, eine Verbindung zwischen Musik und Kommunikation (vgl. Meyer 2010, 7). Die Kommunikation geschieht dabei *über* die Musik, indem die Schülerin oder der Schüler mit schwerer Behinderung über die Musik Gefühle ausdrückt und weiterhin ein wechselseitiger, auf Musik basierter, Austausch stattfindet. „In der Musiktherapie ist die Musik der Weg und nicht das Ziel“ (Melstedt 1997, 121). Demnach ist es nicht das Ziel, Musik zu machen, sondern etwas über die Musik zu erreichen. Das Ziel kann sein, mit einem Schüler oder einer Schülerin kommunizieren zu können. Geschieht eine Förderung über Musik, so kann es zu musikbasierter Kommunikation kommen.

Detaillierte Erläuterungen zum Entstehungsprozess und Ablauf einer solchen musikbasierten Kommunikation finden sich in Kapitel 6.2 und werden deshalb an dieser Stelle nicht weiter erläutert.

Welche Bedeutung die Musik aber für die Förderung der Kommunikation und Kommunikationsanbahnung hat, soll im Folgenden geklärt werden.

Musik ist ein Medium der Kommunikation (vgl. van Deest 1997, 18), denn das „Erleben und Gestalten von Musik“ (Theilen 2004, 10) in Gemeinschaft mit anderen ist ein kommunikativer Prozess. Kinder und Jugendliche mit einer schweren Behinderung werden durch Rhythmus und Musik positiv angesprochen (vgl. Pfeffer 1988, 164). Solche Ereignisse lassen sie aufhorchen (vgl. ebd.). Auch Theilen sieht im „gemeinsame[n] Erleben und Gestalten von Musik [...] ein[en] kommunikative[n] Prozess“ (Theilen 2004, 10). Diese Stellungnahme ist auch, wie oben bereits erwähnt, bei Fuchs zu finden (vgl. Fuchs 1987, 13). Die Musik ermöglicht die Kontaktaufnahme von Bezugsperson und Schülerin oder Schüler, wobei die Beziehung der beiden durch die Musik verändert werden kann. Diese Aussage ist auch bei Pfeffer zu finden: „Musikalische Ereignisse [können] der Entwicklung des Kontakts und schließlich der Kommunikation präverbaler Art dienen“ (Pfeffer 1988, 163). In einer gemeinsamen Bewegung zur Musik werden „die Äußerungen und das Handeln des anderen“ (Theilen 2004, 10) aufgegriffen, begleitet und erwidert. Solche musikalische Interaktionen können die Möglichkeit eines Beziehungsaufbaus oder eine Intensivierung der Beziehung schaffen. Theilen erwähnt hier das kommunikative Potenzial von Musik: „Die musikalische Interaktion kann den Schüler auch darin unterstützen, seine vorhandenen kommunikativen Fähigkeiten einzusetzen und zu erweitern oder überhaupt erste Erfahrungen mit gelungener Kommunikation zu machen“ (ebd.).

Pfeffer beschreibt den Kommunikationsaufbau beziehungsweise die Kontaktaufnahme durch Musik, indem der Schüler oder die Schülerin auf die Bezugsperson aufmerksam wird, während diese auf „rhythmischen und Melodieinstrumenten“ (Pfeffer 1988, 163) spielt. Entsprechend zu Theilen erwähnt er das rhythmische und melodische Aufnehmen und Imitieren „von Bewegungen, Handlungen und Ausdruckshandlungen“ (ebd.), wodurch das Kind „eine Übereinstimmung zwischen [seinem] Tun und Ereignissen in der Umwelt“ (ebd.) erfährt. Somit kann Musik das Kind darin unterstützen, zwischen dem Selbst und der Umwelt zu unterscheiden, indem es die Umwelt als „musikalische Widerspiegelung des eigenen Tuns“ (ebd.) erlebt. Außerdem kann das Kind durch diese Erfahrungen ein Vertrauen zu seiner Umwelt aufbauen. Nach einiger Zeit entsteht aus der Kontaktaufnahme ein Dialog, das Kind geht auf das von der Bezugsperson erzeugte musikalische Ereignis ein, zeigt eine Reaktion darauf, ebenso wie die Bezugsperson auf „das reagiert, was das Kind musikalisch hervorbringt“ (ebd.).

Für Bezugspersonen und insbesondere Lehrerinnen und Lehrer von schwer behinderten Kindern ergibt sich hieraus ein pädagogischer Auftrag, den Pfeffer bereits 1988 formulierte: Die Aufgabe besteht darin „nach entsprechenden Möglichkeiten zu suchen, die einzelnen Kinder

musikalisch anzusprechen, um Kontakt herzustellen, ihre Bewegungen und Ausdruckshandlungen musikalisch widerzuspiegeln, um ihnen eine vertraute Umwelt zu präsentieren, auf die sie sich einlassen können, weil sie auf sie *einwirken*“ (Pfeffer 1988, 164).

5.2 Musik und nonverbale Kommunikation

Musik ist ein „eigenständiges nonverbales Kommunikationssystem“ (Bunt 1998, 108), da die musikalische Interaktion in der aktiven Musiktherapie Kriterien der nonverbalen Kommunikation beinhaltet. Bunt vergleicht „räumliche Anordnung, Körperhaltung, Gesichtsausdruck, Gestik, Kopfnicken“ (Bunt 1998, 108) einer Person mit dem Stimmverhalten. Die beschriebenen nonverbalen Äußerungen enthalten ebenso wie sprachliche Äußerungen „Betonung, Pausen, Wiederholungen und rhythmische Gestaltung“ (ebd.).

Für nichtsprechende Menschen sind nonverbale Symbole besonders wichtig (vgl. ebd.). Durch neurologische und motorische Beeinträchtigungen können jedoch auch Probleme bei der nonverbalen Kommunikation auftreten. Probleme beim Erkennen und Kodieren der nonverbalen Signale sind ein Beispiel für eine mögliche Störung der sozialen Interaktion (vgl. ebd.). Dafür bietet die musikalische Interaktion in der aktiven Musiktherapie ein „rhythmisches und zeitorientiertes Gitter, das das Kind oder den Erwachsenen befähigt, ein breites Spektrum nonverbaler Kommunikation zu erkunden, sich wieder anzueignen, zu lernen oder anzuwenden“ (ebd.).

6 Ansätze zur Förderung der Kommunikation von Schülerinnen und Schülern mit schwerer Behinderung unter Berücksichtigung musikalischer Elemente

6.1 Motivation

Angesichts einer ständig wachsenden Zahl von schwer behinderten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen (vgl. Klauß 2005, 29) stellt sich immer dringender die Frage nach Hilfs-, Anregungs- und Unterstützungsmöglichkeiten, vor allem im Bereich der Kommunikation. In Kapitel 4.6 wurde bereits auf ein Konzept zur Förderung und das Ermöglichen von Kommunikation mit schwer behinderten Menschen eingegangen. Die vorangegangenen Kapitel verdeutlichen aber auch, dass insbesondere bei Menschen mit schwerer Behinderung sich die

Förderung der Kommunikation über und mit Musik anbietet. Musik als nonverbales Kommunikationsmedium spricht Menschen mit schwerer Behinderung auf emotionaler und körperlicher Ebene an und ermöglicht auf basale Weise einen wechselseitigen Austausch. Musik kann dabei nicht nur Gefühle hervorrufen, sondern auch Gefühle ausdrücken, zum Beispiel im Rhythmus, in der Melodie und in Pausen.

Diese Rahmenbedingungen sollen in den folgenden Vorschlägen zur Förderung der Kommunikation von Schülerinnen und Schülern mit schwerer Behinderung unter Anwendung von musikalischen Elementen aufgegriffen werden.

Melstedt schildert eine wichtige Grundlage für die Förderung schwer behinderter Menschen mit Musik: Jeder Mensch macht pränatale Erfahrungen mit Musik (vgl. Melstedt 1997, 122), egal ob eine Behinderung vorliegt oder nicht. Der innere Hörapparat ist das erste körperliche Organ, das vollständig entwickelt ist (vgl. ebd., 121). Schon im Mutterleib nimmt das Kind Musik auf: Umweltgeräusche und Geräusche der Mutter, wie zum Beispiel den Herzschlag oder die pulsierenden Geräusche der inneren Organe werden ab der zehnten bis zwölften Schwangerschaftswoche „akustorhythmisch-vibratorisch“ (ebd., 122) wahrgenommen. Dadurch ergibt sich, dass das heranwachsende Kind ungefähr zwei Drittel der Zeit im Mutterleib Geräuschen ausgesetzt ist, die es „hören kann und muß [sic!]“ (ebd.), wobei „der Puls [...] der Hauptfaktor der unausweichlichen Musik im Mutterleib“ (vgl. Clauser 1971; zit. n. Melstedt 1997, 122) ist. Und auch wenn Sinnesfunktionen, wie zum Beispiel das Hören, nach der Geburt aufgrund einer Schädigung nicht möglich sind, bleibt diese „intrauterinäre[...] Stimulation“ (ebd.) als Körpererinnerung erhalten. Damit haben auch Menschen, die mit einer Schädigung des Hörens zur Welt kommen, dennoch pränatal schon Erfahrungen mit dem ‚Hören von Rhythmen‘ gesammelt. „Die Änderung dieser pulsierenden Körperfunktionen der Mutter lernen wir schon in der Geborgenheit des Mutterleibes als Angst, Freude, Aufregung usw. zu deuten“ (ebd.) und die Kenntnis darüber bleibt uns ein Leben lang erhalten (vgl. ebd.). Diese Erfahrungen im Zusammenhang von Rhythmus und Gefühlen, die jeder Mensch bereits pränatal macht, können bei der Förderung insbesondere von Menschen mit schwerer Behinderung berücksichtigt werden.

In der Musiktherapie wird diese Erkenntnis aufgegriffen, um Menschen mit schwerer Behinderung unter anderem in ihrer Kommunikationsfähigkeit zu fördern. Deshalb werden im Folgenden die Ansätze der Musiktherapie, auch bei schwer behinderten Menschen, dargestellt.

6.2 Musiktherapie

6.2.1 Musiktherapie allgemein

Musiktherapie darf nicht mit Musikpsychologie gleichgesetzt werden. Die Musikpsychologie dient als Grundlagenwissenschaft der Musiktherapie (vgl. Bruhn 1996, 243).

Definition und Ziele der Musiktherapie

Musiktherapie wird von der „Deutsche[n] Gesellschaft für Musiktherapie“ (DGMT) 2004 folgendermaßen definiert:

„Musiktherapie ist der gezielte Einsatz von Musik im Rahmen der therapeutischen Beziehung zur Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung seelischer, körperlicher und geistiger Gesundheit“ (Plahl/ Koch-Temming 2005, 33).

Die „World Federation of Music Therapy“ formuliert 2004 die Definition ausführlicher:

„Musiktherapie ist die Verwendung von Musik und/oder musikalischen Elementen (Klang, Rhythmus, Melodie und Harmonie) durch eine qualifizierte Musiktherapeutin mit einer Klientin oder einer Gruppe in einem Prozess, der so gestaltet ist, dass Kommunikation, Beziehungen, lernen, Mobilisierung, Ausdruck, Organisation und andere therapeutische Ziele unterstützt und gefördert werden, um die körperlichen, emotionalen, geistigen, sozialen und kognitiven Bedürfnisse zu erfüllen“ (Plahl/ Koch-Temming 2005, 33).

Die Definition der *World Federation of Music Therapy* impliziert eine qualifizierte Ausbildung des/der Therapeut/in. Die Verwendung von Musik wird in dieser Definition außerdem präziser formuliert, indem auch musikalische Elemente wie die Verwendung von Rhythmus miteinbezogen werden.

Zusammenfassend werden Musik und musikalische Elemente mit einer therapeutischen Intention eingesetzt, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen (vgl. Oberegelsbacher 2008, 18). Musik ist also nicht das Ziel, sondern der Weg.

Das Ziel der Musiktherapie ist bereits in der Definition für Musiktherapie der *World Federation of Music Therapy* formuliert. So können zum Beispiel die „Anbahnung von Kommunikation und Beziehung“ (Oberegelsbacher 2004, 1555; zit. n. Oberegelsbacher 2008, 19), die „nonverbale[...] Konfliktbearbeitung“ (Oberegelsbacher 2008, 19), die „klinische Diagnostik“ (ebd.) und die „Darstellung intrapsychischer Zustände und Konflikte“ (ebd.) mögliche therapeutischen Zielsetzungen sein.

Konzepte/Ansätze

Innerhalb der Musiktherapie gibt es zwei Richtungen, die in der Therapieausführung unterschiedlich ansetzen: die Aktive Musiktherapie und die Rezeptive Musiktherapie (vgl. Wendeborg 2010, 216; vgl. Oberegelsbacher 2008, 18).

Bei der rezeptiven Form werden dem Kind Musikstücke vorgespielt, die systematisch und zielgerichtet ausgewählt werden. Bei der Auswahl können physische, psychische, emotionale, ästhetisch-künstlerische oder spirituelle Aspekte eine Rolle spielen (vgl. Plahl/ Koch-Temming 2005, 34). Im Zentrum steht das rezeptive Hören von Musik, wie es der Terminus bereits vorgibt (vgl. Frank-Bleckwedel 1996, 326). Abgeleitet von dem lateinischen Begriff ‚recipere‘, was aufnehmen, empfangen bedeutet (vgl. Wendeborg 2010, 216; vgl. Frank-Bleckwedel 1996, 326), ist die Musik in dieser Richtung „in erster Linie Wahrnehmungsobjekt“ (Wendeborg 2010, 216).

Dagegen spielt das Kind innerhalb der aktiven Therapieform selbst an einem Instrument, singt oder produziert anderweitig Töne und Geräusche (vgl. Plahl/ Koch-Temming 2005, 34; vgl. Eschen 1996, 5). Musik dient hier als „Handlungsinstrumentarium, Informationsmittel und [als] eine besondere Form von Sprache“ (Wendeborg 2010, 216). Kinder, auch kranke oder behinderte Kinder, erleben Musik als emotionale Erfahrung, was „Wege zur Entfaltung [ihrer] Wahrnehmungs-, Erlebens- und Gestaltungsmöglichkeit“ (Plahl/ Koch-Temming 2005, 44) eröffnet. So kann das aktive Musizieren oder die Mitwirkung daran eine persönliche Form des Ausdrucks und der „Integration“ (ebd.) ermöglichen.

In beiden Formen können die Therapiestunden in einer Gruppe oder in Einzeltherapie stattfinden (vgl. ebd.). Goll beschreibt die Musik jedoch als soziales Phänomen und schließt daraus, dass Musik in der Gruppe das größte Potenzial bietet (vgl. Goll 2006, 190).

In den letzten Jahrzehnten haben sich viele verschiedene Ansätze zur Musiktherapie mit Kindern herausgebildet. Beispiele hierfür sind die Antroposophische Musiktherapie mit Kindern, Musiktherapie nach Gertrud Orff, Musiktherapie nach Juliette Alvin, Entwicklungsorientierte Musiktherapie mit Kindern oder die Schöpferische Musiktherapie nach Paul Nordoff und Clive Robbins (vgl. Plahl/ Koch-Temming 2005, 35 ff.).

Den verschiedenen Konzepten der Musiktherapie liegen bezüglich des Musikbegriffs unterschiedliche Vorstellungen zugrunde. Die Auffassungen überschneiden sich nur teilweise (vgl. Becker 1996, 231). Der Musikbegriff leitet sich aus dem Therapie-Verständnis ab, „aus dem heraus die therapeutischen Wirkfaktoren und ein sich daraus ergebendes Einwirkungsfeld erklärt werden“ (ebd., 232). Um den Begriff zu bestimmen, muss außerdem die „spezifische Umgangsweise mit Musik in der konkreten therapeutischen Situation“ (ebd.) beachtet werden.

Auf den Musikbegriff in der Musiktherapie wurde bereits ausführlich in Kapitel 4.1 eingegangen.

Therapeutischer Einsatz von Musik

Der therapeutische Einsatz von Musik ist vielfältig möglich. Wie in den Anfängen der Musiktherapie in den USA und in der ehemaligen DDR kann Musik als Unterstützung zur Verarbeitung und Lösung eines Problems, wie zum Beispiel einer schweren Krankheit oder einer Lebenskrise eingesetzt werden. Auch als Methode zur körperlichen und seelischen Entspannung kann Musik verwendet werden. Für nicht-sprechende Menschen kann Musik als Ersatz für das gesprochene Wort dienen. Das heißt, die Musik ermöglicht eine Kommunikation auf nonverbaler Ebene (vgl. Plahl/ Koch-Temming 2005, 33).

Warum wird Musik überhaupt als therapeutische Methode eingesetzt?

Wie bereits in den vorangegangenen Kapiteln dargestellt wurde, hat Musik Auswirkungen auf die emotionale und psychische Situation von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Musik kann zum Beispiel Veränderungen des Gemütszustandes erreichen oder „aktivieren, [um] Kontakt mit anderen Menschen aufzunehmen“ (Plahl/ Koch-Temming 2005, 33), sowie „Selbstwertgefühl, Zufriedenheit und Entspannung [...] fördern“ (ebd.). In einer „körperlich-psychische[n] Entspannung oder Anregung“ und einer „emotionale[n] Aktivierung oder Harmonisierung“ (ebd., 34) zeigt sich nach Plahl und Koch-Temming die Wirkung der Musik in der Therapie.

Es wird angenommen, dass Musik Kräfte hat, die sich in einer Interaktion zwischen mindestens zwei Menschen und deren „gemeinsamen musikalischen Aktivität“ (ebd., 33) herausbilden und zeigen.

6.2.2 Musiktherapie mit schwer behinderten Kindern und Jugendlichen

Eine der ältesten Anwendungsgebiete der Musiktherapie ist die Musiktherapie mit „geistig, körperlich und mehrfach behinderten Menschen“ (Timmermann/ Oberegelsbacher 2008, 22). Dieses Kapitel greift den Einsatz von Musik, insbesondere zur Kommunikationsförderung, bei schwer behinderten Menschen auf.

Musik kann Gefühle hervorrufen und wird von Kindern mit schwerer Behinderung „ganz offen und ungefiltert, [...] unmittelbar und echt“ (Meyer 2009, 15) gezeigt. Sie sind zu tiefen Empfindungen fähig und drücken diese über Bewegungen, Stimme oder Atmung aus. Wenn diese Äußerungen von Empfindung und Gefühl über Musik repräsentierbar gemacht werden,

dann können die Gefühle eine gemeinsame Ebene und sogar eine gemeinsame Kommunikationsebene darstellen. Musiktherapie bietet dabei die Möglichkeit, „Menschen über einen präverbalen [...], emotionsbetonten Zugang“ (Oberegelsbacher 2008, 18) zu erreichen. Damit sollen in der Musiktherapie mit Kindern mit schwerer Behinderung die Gefühle hörbar gemacht werden (Meyer 2009, 27).

Die auf Musik gegründete non-verbale Kommunikation stellt somit die Intention und das Ziel der musiktherapeutischen Arbeit mit schwer behinderten Kindern dar. Das bietet die Möglichkeit, ohne Worte und Begriffe verstanden zu werden und sich ausdrücken zu können. Viele schwer behinderte Kinder machen diese Erfahrung zum ersten Mal in ihrem Leben (vgl. ebd., 120).

Die Bewegungen und stimmlichen Äußerungen des Kindes sind zum einen oft ein Ausdruck von Gefühlen und zum anderen steckt in ihnen Musik. Eine kontinuierliche Bein- oder Armbewegung kann zum Beispiel einen Rhythmus darstellen. Laute entsprechen einer bestimmten Dynamik, Tonhöhe oder haben vielleicht unterschiedliche Tonfolgen. Bei einem solchen Verständnis von Musik ist auch ein schwer behindertes Kind in der Lage, auch ohne selbst auf einem Instrument spielen zu können, aktiv Musik zu machen. Die Bewegungen und Laute werden vom Musiktherapeuten in Musik (zum Beispiel am Klavier) umgesetzt, was das Kind in die Lage versetzt, sich mitteilen zu können. Das Kind kann die Musik steuern, indem der Therapeut jede noch so kleine Äußerung oder auch eine Pause aufgreift. Er spielt und begleitet nur dann, wenn das Kind die Musik initiiert, also nur dann, wenn sich das Kind bewegt oder stimmlich äußert (vgl. ebd., 20).

Auf die in Musik umgesetzten emotionalen und körperlichen Äußerungen kann der Therapeut dann wiederum antworten oder zeigen, dass die Äußerungen verstanden, akzeptiert und respektiert werden.

Wendeberg sieht in der musikalischen Kommunikation mit schwer behinderten Menschen im Rahmen der Musiktherapie „eher eine Form der Lebens-Begleitung [...] – nicht ein Versuch der Heilung“ (Wendeberg 2010, 217). Ähnlich wie Meyer beschreibt er die musikbasierte Kommunikation dann als ein Wahrnehmen von Informationen, die das Gegenüber über Äußerungen ausdrückt und welche dann in einer entsprechenden Reaktion aufgegriffen werden. Wendeberg nennt jedoch einen sicheren „Umgang mit Musik und freier Improvisation“ (ebd.) als vorausgesetzt für diese aus Äußerungen entstehende Musik.

Wendeberg schildert eine beispielhafte Situation für eine musikalische Begegnung, die einen guten Einblick in einen möglichen Ablauf eines Therapiesettings gibt:

„Nachdem ich mich meinem Gegenüber deutlich zur Begrüßung zugewandt und mich auch sprachlich vorgestellt habe, versuche ich zunächst, durch sensible Beobachtung zu ergründen, wie sein aktuelles Befinden ist. Vielleicht kann er sich ja auch hierzu äußern oder ich kann anhand bestimmter Körperfunktionen (Atmung, Puls, Muskelspannung, Geruch, Gesichtsfarbe usw.) relevante Rückschlüsse ziehen. Habe ich mir ein Bild gemacht, so kann ich nun zur nonverbalen Ebene wechseln und z.B. den Atemrhythmus oder Pulsschlag meines Gegenübers aufgreifen und in Musik transformieren, d.h. ihn rhythmisch auf einem Instrument [...] imitieren. Ich schwinge mich damit auf meinen Gesprächspartner/-partnerin ein – o(h)rientiere mich. Der Beginn der Kommunikation. Meist warte ich dann auf ein ‚Gesprächsthema‘ (eine Lautäußerung, ein geklopfter Rhythmus, eine Bewegung), die ich dann in Musik umzusetzen versuche.[...] Ohne Leistungsdruck und mit viel Offenheit und Freiraum kann so der Nährboden für eine Begegnung gelegt werden. Häufig entstehen so spannende Dialoge, Improvisationen ganz ohne Sprache“ (Wendeberg 2010, 218).

Die Therapiesitzung

Eine Therapiesitzung dauert in der Regel maximal 30 Minuten. Die Länge und Intensivität ist abhängig vom Kind. Manche Kinder schaffen es, ihre Konzentration auch länger aufrechtzuerhalten, bei anderen lässt die Aufmerksamkeit nach zehn Minuten nach (vgl. Meyer 2009, 37). Nach Meyer wäre es optimal, wenn ein Kind jeden Tag zur Musiktherapie gehen könnte. Realistisch ist es meist jedoch nur ein- bis zweimal pro Woche, aufgrund langer Anfahrtswege für die Eltern oder der Situation in den Wohneinrichtungen, möglich (vgl. ebd.).

Vor der Sitzung muss der Therapeut immer die „aktuellen Umstände und ein mögliches Unwohlsein“ (ebd., 39) abklären, damit die Äußerungen richtig wahrgenommen und interpretiert werden können.

Da die Veränderungen und Auswirkungen der Musiktherapie im Alltag oft erst nach Monaten oder sogar Jahren erkennbar werden, ist es von hoher Bedeutung, dass die Therapie über einen langen Zeitraum angesetzt wird (vgl. ebd., 37).

Der Therapeut

Der Therapeut muss über „gewisse musikalische Fähigkeiten verfügen“ (Meyer 2009, 37; vgl. Wendeberg 2010, 217). Von Vorteil ist, wenn der Therapeut mindestens ein Musikinstrument spielen und darauf improvisieren kann, sodass motorisch-musikalische Dialoge möglich werden können. Außerdem muss er die Laune und den Gefühlszustand seines Gegenübers erspüren können, womit dann die passende Musik gefunden werden kann (vgl. Meyer 2009, 37). Meyer nennt den Therapeuten einen *Interpreten*, der sich durch „intuitive Fähigkeiten“ (Meyer 2010, 8) in andere Menschen einfühlen kann und die Gefühle und Äußerungen des Gegenübers in hörbare Musik umsetzen kann (vgl. ebd.). Damit stellt der Musiktherapeut „seine

eigenen kompositorischen Fähigkeiten in den Dienst eines Menschen [...], der zwar Ideen und Impulse hat, diese jedoch nicht ohne Hilfe umsetzen kann“ (ebd.).

6.3 Musik in der Schule

6.3.1 Musik im Bildungsplan Schule für Geistigbehinderte 2009 in Baden-Württemberg

Da Musiktherapie-Angebote nicht immer im Zusammenhang mit Schule stehen, ist es für diese Arbeit von Bedeutung zu ergründen, inwiefern Ansätze aus der Musiktherapie in den Schulalltag von Schülerinnen und Schülern mit schwerer Behinderung durch Lehrerinnen und Lehrer oder Erzieher aufgegriffen werden können. Zunächst einmal soll dafür untersucht werden, ob der Bildungsplan der Schule für Geistigbehinderte 2009 von Baden-Württemberg musikalische Elemente im Unterricht vorsieht.

Der Bildungsplan enthält Musik als Unterrichtsgegenstand. Musik ist somit fester Bestandteil des Unterrichts in der Schule für Geistigbehinderte, im Bildungsplan zu finden als Dimension des Bildungsbereichs *Musik, Bildende und Darstellende Kunst*. Die Dimension ist weiterhin in drei Themenfelder untergliedert: *Musik erleben*, *Musik gestalten* und *Musik präsentieren*.

Den Schülerinnen und Schülern soll in der Schule ein „wahrnehmender, handelnder, aktiver und kreativer Zugang zu Musik eröffnet“ (Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden - Württemberg 2009, 220) werden. Die musikalischen Angebote sollen das Interesse und die Freude der Schülerinnen und Schüler an Musik hervorrufen und stärken. Außerdem soll der Einsatz von Musik eine Unterstützung der Persönlichkeitsentwicklung darstellen und die Möglichkeit geben, sich als zu einer Gruppe gehörig zu fühlen (vgl. ebd.). Durch das musikalische Angebot leistet die Schule „einen Beitrag zur zwischenmenschlichen und interkulturellen Verständigung“ (ebd.) und erweitert den Erfahrungs- und Handlungsraum der Schülerinnen und Schüler durch die Mitwirkung von außerschulischen Partnern (vgl. ebd.). Musik soll außerdem für die Schülerinnen und Schüler in vielen Lernbereichen eine „unterstützende und orientierende Funktion“ (ebd.) einnehmen. Durch das Präsentieren von Musik wird das Schulleben mitgestaltet.

Themenfeld: *Musik erleben*

„Die Schule schafft Möglichkeiten, damit Schülerinnen und Schüler Musik auf vielfältige Weise erfahren und unterstützt sie dabei, ihre Wahrnehmung zu erweitern und zu differenzieren“ (Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden - Württemberg 2009, 221). Dabei sollen verschiedene Sinneskanäle angesprochen werden: Neben dem Gehör auch die vestibulären

(Gleichgewicht) und taktilen Sinneskanäle. Werden zur Musik zum Beispiel Lichtquellen eingesetzt, kann zusätzlich die visuelle Wahrnehmung angesprochen werden. Durch verschiedene Erfahrungs- und Handlungsfelder innerhalb der Musik lernen die Schülerinnen und Schüler Musik zu deuten und eigene Vorlieben auszubilden (vgl. ebd.).

Das geforderte Kompetenzspektrum umfasst:

- „ - Musik mit verschiedenen Sinnen wahrnehmen
- Ausdruck der Musik erleben und nachvollziehen und dabei Gefühle entwickeln
- Bedürfnisse, Wünsche und Interessen entwickeln, zeigen und mitteilen
- Kulturelle Unterschiede wahrnehmen und akzeptieren“ (ebd.).

Themenfeld: *Musik gestalten*

Durch das Themenfeld Musik gestalten soll den Schülerinnen und Schülern die Möglichkeit gegeben werden, Musik selbst zu erzeugen und Fähigkeiten und Fertigkeiten weiter entwickeln zu können (vgl. Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden - Württemberg 2009, 222). Beim „Experimentieren, Entwickeln und Üben spezieller musikalischer Fähigkeiten und Techniken“ (ebd.) soll die Schule Angebote bereitstellen, die diese Fähigkeiten begünstigen und fördern.

Das geforderte Kompetenzspektrum umfasst:

- „ - Die eigene Stimme und körpereigene Instrumente nutzen und damit improvisieren
- Gemeinsam mit anderen musizieren und sich in eine Gruppe einfügen
- Kenntnisse über verschiedene Instrumente erwerben, diese erproben und sachgerecht verwenden
- Digitale und elektronische Medien verwenden
- Auf musikalische Impulse eingehen
- Klang in Notationsmöglichkeiten einsetzen“ (ebd.).

Themenfeld: *Musik präsentieren*

„Den Schülerinnen und Schülern werden durch gemeinsames Musizieren vielfältige Möglichkeiten geboten, sich ihrer eigenen Person bewusst zu werden, soziale Fähigkeiten zu entwickeln und eigene Ausdrucksmöglichkeiten zu entfalten“ (Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden - Württemberg 2009, 223). Für Aufführungen in der Schule und auch außerhalb der Schule bietet diese die passenden Rahmenbedingungen.

Das Themenfeld Musik präsentieren umfasst folgende Kompetenzen:

- „ - Eigene Vorstellungen entwickeln und mitteilen

- Mit anderen Schulen beziehungsweise Klassen bei Musikprojekten kooperieren
- Eigene und traditionelle Notationen nutzen
- Präsentationen planen und durchführen“ (ebd.).

Somit gibt der Bildungsplan vor, dass die Schule für Geistigbehinderte Rahmenbedingungen schaffen muss, um vielseitige Erfahrungs- und Handlungsmöglichkeiten mit Musik durch musikalische Angebote für die Schülerinnen und Schüler zu ermöglichen. Darin sind Ansätze der Musiktherapie zu finden: Die Sinneswahrnehmung von Musik, die Entwicklung und der Ausdruck von Gefühlen durch Musik, die Nutzung der eigenen Stimme und körpereigenen Instrumenten, Mitteilen von Befinden, in der Gruppe musizieren und das Eingehen auf musikalische Impulse. Diese Kompetenzbereiche beinhalten den wechselseitigen Austausch und damit Kommunikation.

6.3.2 Der Einsatz von Musik zur Förderung der Kommunikation im Schulalltag

Mit der Verwendung von musikalischen Elementen in der Schule können verschiedene Absichten verfolgt werden. Zum einen ist es für die Schülerinnen und Schüler möglich, „mit der Musik in Kontakt [zu] kommen (also wirklich Klänge, Töne und Rhythmen hören und kennenlernen)“ (Wendeborg 2010, 215) und zum anderen, um „mit Musik (miteinander) in Kontakt [zu] kommen (also über das Medium Musik einen Kontakt zum Gegenüber finden)“ (ebd.). Dazu lassen sich musikalische Elemente überall einsetzen, ob zum „gegenseitigen Wahrnehmen und Spüren, zur Sprachanbahnung [...] oder zum Austauschen und Spaß haben“ (ebd.). Pädagogen sollten dies in ihrer täglichen Arbeit mit Schülerinnen und Schülern mit schwerer Behinderung berücksichtigen.

Die Musiktherapie eignet sich hierfür sicherlich gut. Da jedoch nicht jede Schule, vor allem nicht alle Lehrerinnen und Lehrer, Betreuer und anderen Bezugspersonen von Schülerinnen und Schülern mit schwerer Behinderung über die Voraussetzungen, Fähigkeiten, musikalischen Fertigkeiten, das nötige Wissen und eine Ausstattung an Instrumenten verfügen, um die Schülerinnen und Schüler wie in der Musiktherapie zu fördern, bereitet die Umsetzung dieses Konzepts im Schulalltag wohl eher Schwierigkeiten.

Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, über weitere Möglichkeiten zur Förderung der Kommunikation von Schülerinnen und Schülern mit schwerer Behinderung unter Berücksichtigung musikalischer Elemente nachzudenken. Hierzu wird im Folgenden aufgezeigt, wie musikalische Förderung der Kommunikation von Schülerinnen und Schülern mit schwerer Behinderung im Schulalltag aussehen kann.

Zunächst einmal ist es wichtig anzumerken, dass Schülerinnen und Schüler mit schwerer Behinderung einen eigenen Willen haben, den es zu berücksichtigen gilt. Dies ist auch verbindlich für das In-Kontakt-Kommen und Kommunizieren unter Einsatz musikalischer Elemente. Zu Beginn des Vorhabens ist es deshalb von zentraler Bedeutung, die Äußerungen des Schülers oder der Schülerin genau zu beobachten um festzustellen, ob er oder sie das musikalische Angebot zulässt oder mit Ablehnung reagiert (vgl. Theilen 2004, 10). Unter einer Zustimmung zum Angebot versteht Theilen auch, wenn der Schüler oder die Schülerin nicht explizit auf das Angebot reagiert. Dieses Verhalten wird als „abwartende Haltung“ (ebd.) gesehen. Mögliche abweisende Äußerungen zeigen sich entweder in deutlichen Zeichen wie Wegstoßen oder unwilligen Lauten. Im Besonderen bei schwer behinderten Schülerinnen und Schülern müssen auch undeutlichere Äußerungen beachtet werden: Der Schüler oder die Schülerin „wendet Kopf oder Oberkörper ab, [...] kneift Mund und Augen zusammen, [...] bricht den Blickkontakt ab oder hält den Atem an, [...] schließt die Hände, zieht sich zur Körpermitte zusammen oder [...] [die] Muskelspannung steigt an“ (ebd., 11). Auch die Verstärkung von stereotypen Bewegungen kann ein Hinweis auf eine Abwehrhaltung sein. Ist ein abwehrendes Verhalten bei der Schülerin oder dem Schüler zu beobachten, muss entweder versucht werden, das Angebot abzuändern, sodass es den Schüler oder die Schülerin anspricht und er oder sie es annimmt oder es muss sogar abgebrochen werden (vgl. ebd.). Lässt die Schülerin oder der Schüler das Angebot zu, kann es fortgeführt werden.

Meyer schlägt dafür einen Ansatz vor, der an das Konzept der Musiktherapie anschließt, jedoch von Bezugspersonen ohne große musikalische Voraussetzungen durchgeführt werden kann: Wege der Kommunikation von Laien. Im Folgenden werde ich auf diese Möglichkeit näher eingehen und erläutern, welche Vorschläge Meyer nennt. In seinem Buch *Gefühle sind nicht behindert. Musiktherapie und musikbasierte Kommunikation mit schwer mehrfach behinderten Menschen* (2009) gibt Meyer außerdem zahlreiche Anregung zur Erprobung der musikbasierten Kommunikation.

Mit dem Begriff Laien sind Personen gemeint, die keine qualifizierte Ausbildung zur Musiktherapie haben: Lehrer, Betreuer, Pfleger und Erzieher der schwer behinderten Kinder. Also auch Personen, die selbst nicht unbedingt Musik machen oder ein Instrument spielen können, aber im alltäglichen Kontakt mit den Kindern stehen, können mit diesem Ansatz arbeiten.

Verständigung mit Hilfe von Musik und Klängen ermöglicht Kommunikation auch zwischen den musiktherapeutischen Laien und den Menschen mit schwerer Behinderung. Doch wie

können im Schulalltag oder Betreuungsalltag Aspekte der Musiktherapie als Kommunikationsebene und zur Kommunikationsförderung aufgegriffen werden? Wie das möglich ist, soll im Folgenden dargestellt werden.

Zuhören

Es geht um das aufmerksame Zuhören, wobei kleinste Impulse beim anderen wahrgenommen werden sollen, was eine sehr hohe Sensibilität erfordert (vgl. Meyer 2009, 104 ff.). Außerdem sollen die Äußerungen des Kindes in ihren Einzelheiten wahrgenommen und begleitet werden. Dazu kann zum Beispiel eine Trommel verwendet werden. Eine Trommel ist ein sehr einfaches Instrument und kann ohne bestimmte Fertigkeiten von jedem, der über die dafür notwendigen motorischen Fähigkeiten verfügt, benutzt werden. Die Sprache des Gegenübers kann begleitet oder hervorgerufen werden, ihr kann Halt gegeben werden oder ein Dialog kann entstehen. Außerdem kann der Laie ebenfalls versuchen, Gefühle des Gegenübers mit dem Instrument oder der Stimme auszudrücken (vgl. ebd., 107).

Begleiten

Begleitung kann durch Struktur gebende Schläge erfolgen. Das Spielen eines Grundschlages gibt dem Gegenüber und seinen stimmlichen Äußerungen Halt. Ein Dialog kann entstehen, wenn der Laie zunächst die Äußerungen des Gegenübers begleitet, sie wiederholt, nachahmt und nach einiger Zeit abwandelt. Es kann außerdem versucht werden, die Gefühle des Gegenübers auszudrücken. Ein starkes Schlagen der Trommel kann zum Beispiel der Ausdruck für Aggression oder Wut sein, ein sanftes Streichen über das Leder der Ausdruck für Ruhe und Gelassenheit (vgl. ebd., 107 ff.).

Gespräche

Die Gespräche, und somit musikbasierte Kommunikation, finden unter Berücksichtigung der Atmung, der Stimme und der Bewegungen des Gegenübers statt. So können „mit Hilfe dieser Äußerungen und einfacher musikalischer Mittel“ (Meyer 2009, 111) Möglichkeiten zur Kommunikation entstehen. Das Wahrnehmen von kleinsten Verhaltens- und Gemütsveränderungen des Schülers oder der Schülerin spielt hierbei eine wichtige Rolle. „Je besser Schüler und Lehrkraft einander kennen, desto eher wird es gelingen, auch ganz kleine Veränderungen im Ausdruck wahrzunehmen und zu deuten“ (Theilen 2004, 11).

Bei einem Kind, das sich motorisch und sprachlich nicht äußern möchte oder nicht kann, kann die Atmung als Kommunikationsweg genutzt werden. Damit dies möglich ist, muss zunächst

der Atemrhythmus des anderen erkannt werden. Der eigene Atem wird dann darauf eingestellt, erst leise und dann zunehmend lauter. Der Atemrhythmus kann zudem durch eine Summ- oder Singmelodie begleitet oder mit Instrumenten mitgeschlagen oder mitgespielt werden. Am Klavier kann die Atmung zusätzlich mit Akkorden begleitet werden (vgl. Meyer 2009, 111 ff.).

Laute

Bei der Kommunikation mit Menschen mit schwerer Behinderung gibt es keine Begriffe und Worte, jedoch aber Laute. Es soll nun also um das Aufgreifen von Lauten gehen.

Laute können zufällig oder zielgerichtet von den Kindern produziert werden. Sie können sich in vielen verschiedenen Formen äußern, zum Beispiel als Krächzen, Stöhnen, Summen oder Lallen bis hin zum Singen. Laute werden bereits beim Atmen produziert.

Durch Mitlautieren kann das Kind die Erfahrung machen, gehört zu werden und eine Antwort zu erhalten. Indem auf demselben Ton mitlautiert wird, kann ein Gefühl „von Gleichklang und Miteinander [...] entstehen“ (Meyer 2009, 121). Außerdem gibt es die Möglichkeit, einen passenden Ton oder sogar eine passende Melodie zum Lautieren des Gegenübers zu finden und zu singen, zu spielen, oder zu summen. Dabei wird das Kind in seinen Äußerungen unterstützt und angeregt und eine Melodie kann helfen, Stimmung und Befinden auszudrücken. Auch das Lautieren kann mit dem Klavier harmonisch begleitet werden, wodurch sich „der Tonumfang [...] erweitern [kann] oder der emotionale Charakter des Lautierens [sich] verändert“ (ebd., 124). Hinter stimmlichen Äußerungen stecken oft Gefühle, also ein „emotionaler Gehalt“ (ebd.). Durch das Antworten auf Klang und Lautstärke soll dem Kind ein Verständnis vermittelt werden für das, was es ausdrückt. Die Antwort wird auf der Ebene von Klängen wiedergegeben, nicht mit Worten.

Bewegungen

Zudem können Bewegungen zur musikbasierten Kommunikation eingesetzt werden. Da Kinder mit schwerer Behinderung motorisch oft eingeschränkt sind, müssen auch kleinste Bewegungsimpulse, wie ein Blinzeln des Auges oder Zucken des Fußes erkannt und genutzt werden. Nach Meyer kann „eigentlich [...] jede Bewegung musikalisch umgesetzt werden“ (Meyer 2009, 125). Die Bewegungen können, wie die Atmung und Stimme, durch Rhythmusinstrumente, Stimme oder Melodieinstrumente aufgegriffen werden (vgl. ebd., 125 ff.).

Die Ausführungen zeigen, dass Musiktherapie und musikbasierte Kommunikation bei Schülerinnen und Schülern mit schwerer Behinderung absolut non-verbal ablaufen kann. Die Musik dient als Ersatz für das gesprochene Wort, sodass eine Kommunikation auf einer anderen Weise als das Sprechen möglich wird. Diese Form der Kommunikation steht nicht nur für den Musiktherapeuten offen, sondern kann in vereinfachter Form auch von Laien genutzt werden, sodass Kindern mit schwerer Behinderung auch in ihrem Alltag die Chance geboten werden kann, sich und ihre Empfindungen zu äußern und mitzuteilen und eine Antwort auf ihre Äußerungen zu bekommen.

Neben Meyer macht auch Theilen einen Vorschlag, wie ein musikalisches Miteinander in der Schule ablaufen kann. Sie greift die Beschreibung und Interpretation einzelner Verhaltensweisen des Schülers oder der Schülerin differenziert auf. Um musikbasierte Kommunikation als Lehrerin oder Lehrer von Schülerinnen und Schülern mit schwerer Behinderung einzusetzen, ist eine Auseinandersetzung mit den verschiedenen Verhaltensaspekten notwendig. Für den Einstieg in die musikbasierte Kommunikation empfiehlt Theilen eine sanfte Anbahnung. Lässt der Schüler oder die Schülerin das musikalische Angebot der Lehrkraft zu, soll dieses nach Theilen zunächst wiederholt werden, um eine vertraute Situation zu schaffen (vgl. Theilen 2004, 11). Danach kann das Vertraute abgewandelt und möglicherweise zu Neuem übergegangen werden. „So wird nach und nach ein größeres Repertoire an musikalischen Angeboten aufgebaut“ (ebd.). Theilen weist außerdem darauf hin, dass auch ungewohnte und unerwartete Antworten aufmerksam wahrgenommen und entsprechend beantwortet werden (vgl. ebd.). Im Folgenden wird auf einige Verhaltensweisen, die Schülerinnen und Schüler während des musikalischen Angebots äußern können, eingegangen.

Ein Innehalten von Bewegungen, zum Beispiel von stereotypen Bewegungen oder stimmlichen Äußerungen des Schülers oder der Schülerin zeigt der Lehrkraft, dass das Angebot anspricht: „Da ist etwas zu hören, zu sehen, zu spüren“ (ebd.). Eine veränderte Fortführung, auch wenn die Veränderung kaum wahrnehmbar ist, zeigt, dass etwas wahrgenommen wurde. „Im mehr oder weniger ausgeprägten Lächeln, im lebhaften, wachen Blick, in angeregten Lauten und Bewegungen des ganzen Leibes oder der Gliedmaßen zeigt der Schüler Freude oder freudige Überraschung“ (ebd.). Solche positiven Gefühlsäußerungen variieren in ihrer Intensität, von Person zu Person unterschiedlich deutlich in der Äußerung.

Herrn F., einer meiner Interviewpartner, der musikbasierte Kommunikation in der Musiktherapie einsetzt, wurde unter anderem dazu befragt, welche Handlungsmöglichkeiten er für Pädagogen im Schulalltag sehe (vgl. Anhang 2, Z. 162 ff.).

Hierzu äußerte er, dass Musik im Schulalltag vermehrt eingesetzt werden sollte, zum Beispiel, wenn während der pädagogischen und pflegerischen Arbeit mit Schülerinnen und Schülern ganz einfach mehr gesungen werden würde (vgl. ebd., Z. 166 ff.). Generell empfiehlt Herr F. den vermehrten Einsatz des Singens, denn seiner Meinung nach ist die Stimme das wichtigste Instrument. Auch wenn mit den Händen gearbeitet wird, ist die Stimme für einen musikalischen Einsatz frei. Des Weiteren empfiehlt er neben dem Singen auch das Klatschen mit Schülerinnen und Schülern (vgl. ebd., Z. 173 ff.). Er äußerte die Vermutung, dass Schülerinnen und Schüler von dem vermehrten Singen und Klatschen profitieren würden und sich so eine kommunikative Beziehung intensivieren könne (vgl. ebd., Z. 168 f.).

7 Die Einzelfallstudie mit Andreas²

7.1 Vorgehensweise

7.1.1 Wissenschaftliche Grundlegung

Empirische Sozialforschung

Der Forschungsansatz der der Einzelfallstudie zugrunde liegt, kann der empirischen Sozialforschung zugeordnet werden. Atteslander definiert die empirische Sozialforschung wie folgt: „Empirische Sozialforschung ist die systematische Erfassung und Deutung sozialer Erscheinungen. Empirisch bedeutet, dass theoretisch formulierte Annahmen an spezifischen Wirklichkeiten überprüft werden. ‚Systematisch‘ weist darauf hin, dass dies nach Regeln vor sich gehen muss. Theoretische Annahmen und die Beschaffenheit der zu untersuchenden sozialen Realität sowie die zur Verfügung stehenden Mittel bedingen den Forschungsablauf“ (Atteslander 2010, 4 f.). Für die Erfassung von Daten stehen im Rahmen der empirischen Sozialforschung verschiedene Methoden zur Verfügung, zum Beispiel Befragung, Beobachtung und Inhaltsanalyse (vgl. ebd., 5)

² Der Name wurde zur Anonymisierung geändert.

Die Einzelfallstudie

Der Begriff *Einzelfallstudie* wird in vielfältigen Variationen verwendet. So werden alternativ Begriffe wie „Fallbericht, Fallanalyse, Fallstudie, Fallmethode, Falldarstellung, Fallgeschichte, Fallbeschreibung u.ä.“ (Fatke 1995, 676) gebraucht. Fatke stellt fest, dass die Begrifflichkeiten nicht immer klar voneinander abgegrenzt sind (vgl. ebd.).

Eine Einzelfallstudie untersucht „Informationen über eine bestimmte Person wissenschaftlich [...], d.h. auf methodisch kontrollierte [...] Weise“ (ebd., 677) und setzt „den Einzelfall mit vorhandenen allgemeinen Wissensbeständen in Beziehung“ (ebd.). Lamnek führt als bedeutendes Merkmal einer Einzelfallstudie an, „dass sie ein einzelnes soziales Element als Untersuchungsobjekt und -einheit wählt“ (Lamnek 2010, 273). Das Ziel einer Einzelfallstudie ist die „Prüfung oder Erweiterung bestehender oder [die] Gewinnung neuer wissenschaftlicher Erkenntnis“ (Fatke 1995, 677). Lamnek betont, dass eine Fallstudie den Anspruch hat, „ein ganzheitliches und damit realistisches Bild der sozialen Welt zu zeichnen“ (Lamnek 2010, 273). Dabei ist die Einzelfallstudie jedoch keine Methode, sondern ein Forschungsansatz in der empirischen Sozialforschung (vgl. ebd., 272 f.). Aufgrund des Anspruchs nach einer breiten Erfassung des Untersuchungsobjektes in einer Einzelfallstudie ist ein multimethodisches Vorgehen empfehlenswert, wobei das Untersuchungsobjekt einer Fallstudie oft eine Person ist. Es können aber auch andere soziale Einheiten mit einer Fallstudie in den Blick genommen werden (vgl. ebd., 273).

Ertle und Möckel schildern das Anliegen einer Fallstudie: Es sollen „Auffälligkeiten gesucht, beschrieben und behandelt werden“ (Ertle/ Möckel 1981, 166) und darüber hinaus „die Besonderheit der Ursachen und Bedingungen“ erkannt werden (ebd., 167). Für die Erstellung einer Einzelfallstudie stellt Pongratz vier Richtlinien auf, nämlich die Ausschaltregel, die Trennungsregel, die Integrationsregel und die Weiterführung des Einzelfalles in Form von „Hypothesen und kritischen Stellungnahmen“ (vgl. Pongratz 1975; zit. n. Ertle/ Möckel 1981, 167). Die Ausschaltregel besagt, dass nachvollziehbar sein muss, wann es sich um theoretische Überlegungen und wann es sich um persönliche Stellungnahmen handelt. Nach der Trennungsregel muss auch eine Trennung zwischen Beschreibung und Interpretation der Einzelfallstudie eingehalten werden und die jeweilige Zuordnung klar erkennbar sein. Außerdem soll eine Einzelfallstudie nicht einfach eine Aneinanderreihung von Daten sein, sondern auch den „individuellen Konflikt, seine Entstehung und seine Überwindung“ (ebd., 167) zum Thema machen. Die vierte Regel fordert die Weiterführung des Einzelfalles in Form von „Hypothesen und kritischen Stellungnahmen“ (ebd.).

Für die Einzelfallstudie wurden die Erfassungsmethoden Interview und Beobachtung eines Schülers mit schwerer Behinderung gewählt. Mit der Methode der Beobachtung können mögliche Reaktionen des Schülers auf Musik und durch Musik hervorgerufene Verhaltensänderungen in der konkreten Situation wahrgenommen und beschrieben werden. Die Ergebnisse aus den Beobachtungen werden durch Interviews in einen größeren Zusammenhang gestellt, indem Hintergründe, Lebensumstände und Zielsetzungen eruiert und dokumentiert werden.

Das Interview

„Das Interview ist [...] eine Gesprächssituation, die bewusst und gezielt von den Beteiligten hergestellt wird, damit der eine Fragen stellt, die vom anderen beantwortet werden“ (Lamnek 2010, 301). Ein Interview ist also ein kommunikativer Prozess von verbalen Stimuli und verbalen Reaktionen, wobei sich die Antworten auf „erlebte und erinnerte soziale Ereignisse [beziehen und] stellen Meinungen und Bewertungen dar“ (Atteslander 2010, 109). Dabei muss jedoch zwischen einer alltäglichen Befragung, zu der es ständig im sozialen und verbalen Austausch kommt, und einer wissenschaftlichen Befragung unterschieden werden (vgl. ebd., 110 f.). Beide Befragungsformen sind ein sozialer kommunikativer Vorgang, hinter dem eine bestimmte Intention steht, zum Beispiel ein Interesse oder die Beschaffung von Informationen. Die Befragung ist außerdem abhängig von kulturellen Normen und der umgebenden Situation, in der die Befragung stattfindet.

Es handelt sich um eine wissenschaftliche Befragung, wenn diese zuvor systematisch geplant ist und ein Ziel verfolgt. Ein weiterer Aspekt des zentralen Kerns einer wissenschaftlichen Befragung ist die theoriegeleitete Kontrolle (vgl. ebd., 111). Atteslander formuliert daraus folgendes Kriterium der Wissenschaftlichkeit: „Wissenschaftlichkeit beruht auf systematischer Zielgerichtetheit und Theorie“ (ebd.). Beim Interview wird darüber hinaus zwischen der quantitativen und qualitativen Form unterschieden (vgl. Lamnek 2010, 302). Grundsätzlich können Interviews sehr vielfältig und unterschiedlich aufgebaut und umgesetzt werden (vgl. ebd.). Lamnek nennt deshalb zur Unterscheidung „Dimensionen der Differenzierung von Befragungen“ (ebd.), die er zusätzlich in Formen des Interviews untergliedert. Er teilt jeweils die quantitative und qualitative Denkweise für Befragungen diesen Dimensionen und Formen des Interviews zu. Die Dimensionen sind: Intention des Interviews, Standardisierung, Struktur der zu Befragenden, Form der Kommunikation, Stil der Kommunikation und Interviewerverhalten, Art der Fragen, Kommunikationsmedium bei mündlichen Interviews und Versandmedien bei schriftlicher Befragung (vgl. ebd., 303). So ist zum Beispiel die Art der Fragen in einem quantitativen Interview geschlossen, kann aber auch offen sein. Die Art der Fragen in einem

qualitativen Interview ist dagegen immer offen. Die folgende Abbildung 5 gibt einen Überblick über die Zuteilung der Dimensionen und Formen für die quantitative und qualitative Befragung:

Dimensionen der Differenzierung	Formen des Interviews	Quantitatives Paradigma	Qualitatives Paradigma
(1) Intention des Interviews	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ermittelnd ▶ vermittelnd, evtl. Aktionsforschung 	+ -	(+)* +
(2) Standardisierung	<ul style="list-style-type: none"> ▶ standardisiert ▶ halb-standardisiert ▶ nicht-standardisiert 	+ + (+)	- (+) +
(3) Struktur der zu Befragenden	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Einzelinterview ▶ Gruppeninterview, evtl. Gruppendiskussion ▶ Paper & Pencil 	+ + +	+ + -
(4) Form der Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> ▶ mündlich ▶ schriftlich 	+ +	+ -
(5) Stil der Kommunikation, Interviewerverhalten	<ul style="list-style-type: none"> ▶ hart ▶ weich ▶ neutral 	(+) (+) +	- + (+)
(6) Art der Fragen	<ul style="list-style-type: none"> ▶ geschlossen ▶ offen 	+ (+)	- +
(7) Kommunikationsmedium bei mündlichen Interviews	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Face-to-Face, persönlich ▶ telefonisch 	+ +	+ (-)
(8) Versandmedien bei schriftlicher Befragung**	<ul style="list-style-type: none"> ▶ postalisch, mit persönlicher Adresse ▶ Postwurfbefragung ▶ Beilagenbefragung (Zeitung etc.) 	+ + +	- - -

* Die Klammer soll die Eindeutigkeit von + und - relativieren.
 ** Da die Versandmedien bei qualitativen Befragungen nicht relevant sind, werden sie auch bei den Verbalisierungen des Tabelleninhalts im Weiteren nicht mehr berücksichtigt. Sie sind nur der Vollständigkeit halber aufgenommen.

Abbildung 4: Arten von Befragungen
 Quelle: Lamnek 2010, 303

Bei den von mir durchgeführten Interviews handelt es sich um ermittelnde Interviews, in denen der Interviewer „bestimmte Informationen erheben möchte“ (Lamnek 2010, 304). Der Verlauf des Interviews ist dabei nach Lamnek halb-standardisiert (vgl. Lamnek 2010, 307), beziehungsweise mit dem Ausdruck Atteslanders teilstrukturiert (vgl. Atteslander 2010, 132). Es handelt sich um eine Befragung mit vorbereiteten Fragen, die jedoch keinem starren Verlauf unterliegen. Außerdem besteht die Möglichkeit, „aus dem Gespräch sich ergebende Themen aufzunehmen“ (ebd., 135). Den Interviews in dieser Arbeit liegt damit ein Gesprächsleitfaden zugrunde (vgl. ebd.). Es handelt sich außerdem um mündliche Einzelinterviews, in denen der Kommunikationsstil als weich bis neutral bezeichnet werden kann. Denn ich als Interviewer schalte meine Gefühle während des Interviews nicht aus, sondern möchte ein „sympathisierende[s] Verständnis für die spezielle Situation des Befragten zum

Ausdruck bringen“ (Lamnek 2010, 313) und dennoch die Rolle des „Übermittler[s] von Stimuli und [...] Empfänger[s] von Reaktionen“ (Atteslander 2010, 132) einnehmen. Die in einer persönlichen Situation gestellten Fragen sind dabei offen, denn die Antworten auf die Fragen werden vom Befragten eigenständig formuliert (vgl. ebd., 146). Das Versandmedium kann bei meinen Befragungen ausgeschlossen werden, da es sich um mündliche Interviews handelt.

Die Beobachtung

Unter einer sozialwissenschaftlichen Beobachtung wird die „Erfassung und Deutung sozialen Handelns“ (Atteslander 2010, 73) verstanden. Das Ziel einer wissenschaftlichen Beobachtung ist, „sinnlich wahrnehmbare[...]s] Verhalten[...] zum Zeitpunkt seines Geschehens“ (ebd.) festzustellen.

Die Beobachtung in der Sozialforschung wird dabei unterschieden in qualitativer und quantitativer Beobachtung (vgl. ebd., 73 ff.), wobei die quantitativ orientierte Beobachtung die „soziale Realität [...] als objektiv gegeben und mittels kontrollierter Methoden [als] erfassbar angesehen“ (ebd., 76) wird. Es werden dazu theoriegeleitet Daten gesammelt, die die soziale Realität betreffen und die „vorangestellte[...] Theorien und Hypothesen“ (ebd.) untersuchen. Eine qualitative Beobachtung dient dagegen dazu, „soziale Situationen [...] zu interpretieren und so prozesshaft soziale Wirklichkeit [zu] konstituieren“ (ebd., 77). Dabei soll nicht starr an Normen und Regeln festgehalten werden (vgl. ebd.). Dennoch sind bei einer qualitativ orientierten Beobachtung einige Prinzipien für die Untersuchung zu berücksichtigen. Zunächst einmal *Offenheit*, sodass nicht zuvor konzipierte Theorien und Hypothesen die Forschung dominieren, sondern diese werden durch den Untersuchungsgegenstand bestimmt. Dadurch wird ein flexibler Forschungsablauf möglich. Weiterhin wird die erschaffene Wirklichkeit durch die Akteure ständig interpretiert, woraus Prozesse entstehen, die im Forschungsgeschehen erfasst werden sollen (vgl. Lamnek 1995(1), 22 f.). Die Forschung an sich ist somit ein rekonstruierter Prozess der sozialen Realität, der durch das Forschungsprinzip *Prozesscharakter* beschrieben wird (vgl. ebd., 24 f.). Außerdem benötigt die Forschung *Reflexivität*, das heißt, „es werden keine vorab aus der Theorie abgeleiteten Hypothesen geprüft, sondern [...] [diese] werden im laufenden Forschungsprozess generiert, modifiziert und verallgemeinert“ (ebd., 25 ff.). Durch die Voraussetzung von *Explikation* des Vorgehens wird ermöglicht, wird ermöglicht, theoretisches Vorwissen offen zu legen, einzelne Forschungsschritte und -entscheidungen werden beschrieben und es dient „der Nachvollziehbarkeit der Interpretation“ (ebd., 26). Ein weiteres Kennzeichen einer qualitativen Beobachtung ist die *Kommunikation*,

denn Forschung ist nach Lamnek als Kommunikation zu denken (ebd., 23). Das Forschungsinteresse orientiert sich an einem Problem, dass der Forscher wahrnimmt, wodurch sich das weitere Prinzip *Problemorientierung* ergibt (vgl. Atteslander 2010, 78). Damit soll nicht nur eine Theorie überprüft werden, sondern außerdem Rückschlüsse auf die Praxis gezogen werden (vgl. ebd., 77 f.). Diese Prinzipien bilden die Basis der verschiedenen Ansätze der qualitativ orientierten Beobachtung (vgl. ebd., 77).

Mayring trifft die Aussage, „dass qualitative und quantitative Analyse eigentlich gar nicht sauber zu trennen sind“ (Mayring 2001). Auch dieser Einzelfallstudie liegt die gemischte Form der Vorgehensweise zugrunde, das heißt, es werden qualitative und quantitative Aspekte in der Untersuchung aufgegriffen. Dadurch wird ermöglicht, dass die Studie zum einen an Offenheit und Alltagsnähe gewinnt und zum anderen „Transparenz und methodische[...] Stringenz“ (ebd.). Daraus ergibt sich ein weiterer Vorteil, nämlich dass die Ergebnisse „in aller Regel an Verallgemeinerbarkeit“ (ebd.) gewinnen.

7.1.2 Vorgehensweise in der Einzelfallstudie mit Andreas

Die theoretische Grundlegung zum Thema der Wissenschaftlichen Hausarbeit wurde in den vorherigen Kapiteln ausführlich dargestellt. Daran anschließen soll eine Einzelfallstudie eines Schülers, der seit eineinhalb Jahren ein musiktherapeutisches Gruppenangebot besucht. Die Einzelfallstudie berücksichtigt außerdem musikalische Aktivitäten und Möglichkeiten von Andreas in der Schule. Die Einzelfallstudie wurde in S. durchgeführt, wo sich eine große Einrichtung für Menschen mit Behinderung befindet.

Bei den Angaben und Informationen in diesem Kapitel beziehe ich mich, soweit es nicht anders gekennzeichnet ist, auf Aussagen des Lehrers Herr R. und des Musiktherapeuten Herr F. aus den durchgeführten Interviews, sowie auf Ergebnisse aus den Beobachtungen. Manche Informationen wurden mir von den genannten Personen zu anderen Zeitpunkten, außerhalb der Interviews, gegeben.

Während der Suche nach einem geeigneten Ort für die Einzelfallstudie dieser Arbeit, wurde ich auf die Einrichtung in S. aufmerksam, die Menschen mit geistiger und mehrfacher, also auch Menschen mit schwerer Behinderung begleitet und unterstützt. Neben Kindergarten und Schule mit Außenklassen gibt es außerdem Beratungsstellen, Betreutes Wohnen, verschiedene Fachdienste wie der Gesundheitsdienst und die Musiktherapie und weitere Angebote. Durch

die Verbindung von Schule und Musiktherapie bietet diese Einrichtung besonders gute Voraussetzungen für eine praktische Umsetzung der Einzelfallstudie.

Am Anfang der Einzelfallstudie steht ein Interview mit Herrn F. Ziel des ersten Interviews war das Sammeln von allgemeinen Informationen zur Arbeit von Herrn F. in der Musiktherapie: Nach welchem Ansatz wird gearbeitet? Welche Instrumente werden verwendet? Wie verläuft eine Therapieeinheit? Welches Ziel wird mit der Musiktherapie verfolgt? Wird der Aspekt der Kommunikation über Musik aufgegriffen? Welche Wirkung der Musik beziehungsweise welche Reaktionen auf die Musik lassen sich allgemein beobachten?

Um die Schülerinnen und Schüler, die an der Musiktherapiegruppe ‚Kling-Klang‘ teilnehmen, etwas kennen zu lernen, bekam ich nach dem Interview die Möglichkeit zu „einer globalen, unstrukturierten Ereignisbeobachtung“ (Julius u.a. 2000, 27) während des gruppentherapeutischen Angebots. Diese eher alltägliche Beobachtung diente der Orientierung für das weitere Vorgehen.

Erst nach diesem ersten Interview mit Herrn F. und der ersten orientierungsgebenden Beobachtung konnte der Kontakt zu Andreas, seiner Schule, seinem Klassenlehrer und seinen Eltern hergestellt werden.

Daraufhin konnte ein Interview mit Herrn R., dem Klassenlehrer des Schülers Andreas, geführt werden, um einerseits Informationen über Andreas' Persönlichkeit, Behinderung, Alltag und Lebenswelt zu bekommen und andererseits herauszufinden, welche musikalische Elemente sich in Andreas' schulischem Leben finden: Wann und in welchen Formen wird Andreas die Möglichkeit gegeben, Musik zu hören und zu erleben? Wird die Möglichkeit von Kommunikation durch Musik in der Schule geschaffen? Welche Reaktionen zeigt er auf Musik?

Das zweite Interview mit Herrn F. hatte zum Ziel, mehr über Andreas und die Musiktherapiegruppe ‚Kling-Klang‘, an der Andreas einmal wöchentlich teilnimmt, zu erfahren. Dazu dienten folgende Leitfragen: Seit wann besucht Andreas das musiktherapeutische Angebot? Wie zeigt sich die schwere Behinderung in der Gruppentherapie? Wie verhält sich Andreas in der Therapieeinheit? Welche Äußerungen von ihm können musikalisch aufgegriffen werden? Welche Beobachtungen können bei Andreas gemacht werden, wenn er zur Musiktherapie kommt und geht? Verändern sich sein Verhalten und seine Äußerungen?

Im letzten Punkt wurde darauf eingegangen, welche Vorschläge Herr F. für Nicht-Musiktherapeuten in der Schule geben kann, um Musik in der Schule und damit im Unterricht einzusetzen und möglicherweise dadurch die Kommunikation mit Schülerinnen und Schülern

über Musik anzuregen und zu fördern. Welche musikalischen Elemente und Instrumente sind dafür geeignet? Damit liegen dieser Einzelfallstudie drei Interviews zugrunde (siehe Anhang 1-3).

Darüber hinaus wurden drei Beobachtungen von Andreas in jeweils unterschiedlichen Situationen gemacht. Die erste Beobachtung fand in der Schule während Proben zur Adventsandacht statt. Musikalisches Element war dabei ein Weihnachtslied, das von den Schülerinnen, Schülern, Lehrerinnen und Lehrern gesungen und von der Gitarre begleitet wurde. Die zweite Beobachtung fand im Klassenzimmer der Klasse B5, die Andreas besucht, statt. In der Pause wurde Andreas auf den Rücken gelagert und er bekam einen Schalter zur Verfügung gestellt, der mit einem Musikplayer verbunden ist. Durch Anklicken des Schalters kann Andreas die Musik aus- und einschalten.

Die dritte Beobachtung führte ich während des musiktherapeutischen Freizeitangebots am Nachmittag durch. Andreas nimmt hier mit ungefähr 15 anderen Kindern und Jugendlichen an der Gruppe ‚Kling-Klang‘ teil, die vom Musiktherapeuten Herr F. angeboten wird.

Die Beobachtungen wurden als Videosequenzen aufgezeichnet und im Anschluss an die Beobachtungen ausgewertet. Dabei wurden jeweils neben der Änderung der Situation die Änderungen in Andreas‘ Äußerungs- und Bewegungsverhalten protokolliert (siehe Anhang 4-6). Die Protokolle der Beobachtungen befinden sich neben den Interviews im Anhang.

7.2 Ausführliche Personenbeschreibung

Beschreibung des Schülers Andreas

Der 21-jährige Andreas wurde als Zwilling geboren (vgl. Anhang 3, Z. 10 ff.). Von Geburt an hat er eine körperliche und geistige Behinderung, wohingegen sein Zwilling Bruder keine Behinderung hat (vgl. ebd., Z. 15). Früher besuchte Andreas eine Schule für Geistigbehinderte in der Nähe des Wohnortes M. der Familie. Er lebte zu Hause mit Eltern und Geschwistern (vgl. ebd., Z. 52 f.).

Vor ungefähr drei Jahren veranlassten die Eltern aus physischen und psychischen Gründen, jedoch schweren Herzens, seinen Umzug in die Wohngruppe in einer Einrichtung in S. (vgl. ebd., Z. 55 f.). Die Wohngruppe ist eine Gruppe für schwer- und mehrfachbehinderte Bewohner, die von speziell ausgebildetem Personal, in der Regel sind dies Krankenschwestern, betreut und gepflegt werden (vgl. ebd., Z. 35 ff.).

Mit dem Einzug in die Wohngruppe in der Einrichtung in S. ging ebenfalls ein Wechsel der Schule einher. Seit dem Wohnortwechsel besucht er nun die Schule für Geistigbehinderte in

S., die an die Einrichtung angegliedert ist. Zurzeit ist er in der Berufsschulstufe B5 und kann maximal ein weiteres Jahr in der Schule bleiben (vgl. ebd., Z. 40 ff.).

Ich habe Andreas bei meinen Besuchen in sehr unterschiedlichen Gefühlslagen erlebt: Auf der einen Seite mit einem eher unzufriedenen Ausdruck, unruhigen, verspannten Bewegungen, schmerz erfüllter Mimik und weinend, und auf der anderen Seite mit einem entspannten Muskeltonus, ganz ruhig, zufrieden und sogar lächelnd.

Aufgrund seiner Schädigung kann Andreas nicht über gesprochene Sprache kommunizieren. Dennoch kann er bestimmte Gefühle äußern (vgl. ebd., Z. 68). So lächelt Andreas, wenn er sich wohlfühlt und er weint, wenn er sich unwohl fühlt oder Schmerzen hat (vgl. ebd., Z. 61 f.). Beim Essen entscheidet er selbst, ob er das Essen möchte oder nicht. Lehnt Andreas das Essen ab, schließt er den Mund und dreht den Kopf weg (vgl. ebd., Z. 62 f.).

Seine Gefühle äußern sich außerdem über das Schwitzen und die Körperhaltung. Hat Andreas Schmerzen, beginnt er zu schwitzen, verkrampft seine Arme und zieht sie nah an den Körper heran. Wenn es ihm gut zu gehen scheint, entspannen sich die Muskeln in den Armen (vgl. ebd., Z. 74 ff.).

Andreas' kognitive Leistungen werden vergleichbar mit einem drei Monate alten Kind eingeschätzt (vgl. ebd., Z. 60). Willentlich kann er nur sehr wenig machen. Seit einiger Zeit steht Andreas im Klassenzimmer ein Schalter zur Verfügung, mit dem er den Musikplayer einschalten und ausschalten kann. Es kann jedoch keine eindeutige Aussage dazu gemacht werden, ob er den Schalter willentlich bedient oder ob es sich um Zufallsbewegungen handelt (vgl. ebd., Z. 63 ff.).

Herr R., der Klassenlehrer von Andreas, äußerte als oberstes Ziel in der Schule, dass Andreas sich wohl fühlt und es ihm gut geht (vgl. ebd., Z. 25 f.).

Beschreibung der Behinderung

Aufgrund der körperlichen Schädigung kann Andreas nicht gehen. Er sitzt in einem Rollstuhl, wird jedoch während des Unterrichts aus dem Rollstuhl herausgenommen, sofern dies für die jeweilige Situation passend und möglich ist (vgl. Anhang 3, Z. 24 f.). Damit wird seine Lage oft geändert, sodass er durch den Wechsel von Seitenlagerung, Rückenlagerung oder in der Bauchschiene sich wohlfühlen kann und relativ schmerzfrei ist (vgl. ebd., Z. 27 ff.). Im Rollstuhl kann er überall mit der Klasse hingehen und nimmt so an allen Tätigkeiten der Klasse teil (vgl. ebd., Z. 86).

Folgende Diagnosen wurden bei Andreas gestellt:

- Schwere infantile spastische Tetraparese
- Torsionsskoliose
- Schwere Intelligenzminderung
- Dysphagie
- Neurogene Blasenstörung
- Neurogene Darmstörung
- Zustand nach Hodentorsion bds.
- Lennox-Gastaut-Syndrom
- Bds. Hüftgelenkluxation
- Testosteronmangel

Die Diagnosestellung zeigt Schädigungsformen, die Andreas in seinen motorischen und kognitiven Fähigkeiten einschränken. Die schwere infantile Tetraparese verursacht einen muskulären Hypertonus, von dem alle vier Gliedmaßen betroffen sind (spastische Tetraparese). Da die Lokalisation der Hirnschädigung bei den spastischen Formen der Cerebralparese im Bereich des Gyrus präcentralis oder im Verlauf der Pyramidenbahnen liegt, kann das Auswirkungen auf die komplette Körpermotorik haben und es kann zu sekundären Störungen kommen.

Als primäre Störung zeigt sich bei Andreas eine Dysphagie, also eine Schluckstörung (vgl. Kölner Dysphagiezentrum 2011), die die Nahrungsaufnahme über den Mund erschwert. Aufgrund seines hohen Aktivitätsniveaus hat Andreas einen hohen Kalorienverbrauch. Um Andreas ausreichend zu ernähren, wird deshalb zusätzlich zur oralen Nahrungsaufnahme von Püriertem sondiert. Auch Flüssigkeit erhält er über die Sonde.

Die schwere Intelligenzminderung, sowie die Erkrankung an der schwer behandelbaren Form von Epilepsie, dem Lennox-Gastaut-Syndrom, (vgl. Georg Thieme Verlag KG 2008) können ebenfalls primäre Störungen sein, die durch die frühkindliche Hirnschädigung verursacht werden. Durch die Bewegungsstörung können sich weitere sekundäre Störungen ausbilden. Orthopädische Sekundärschäden zeigen sich bei Andreas in der Torsionsskoliose und Hüftgelenkluxation.

7.3 Darstellung der Ergebnisse

7.3.1 Musik im Schulalltag

Der Vormittag der Klasse B5 beginnt mit einem Morgenkreis, der musikalische Elemente beinhaltet. Jeden Morgen wird mindestens ein Lied gesungen und darüber hinaus findet einmal in der Woche ein Singkreis mit der Nachbarklasse statt (vgl. Anhang 3, Z. 84 ff.). Während der Adventszeit, in der ich Andreas und seine Klasse besuchte, wurde außerdem jeden Morgen mit allen Schülerinnen und Schülern der Schule eine Adventsandacht gefeiert. Verschiedene Teile dieser Adventsandacht waren musikalisch gestaltet. Andreas nimmt an all diesen musikalischen Ereignissen des Schulalltags teil.

Regelmäßig kann Andreas außerdem über einen Musikplayer Musik hören. Für das Ein- und Ausschalten steht ihm ein Schalter zur Verfügung, der mit Anklicken bedient werden kann. Abbildung 5 zeigt den Musikplayer am Kopfende von Andreas.



Abbildung 5: Musikplayer
Quelle: Aufnahme des Lehrers Herr R.

An den Musikplayer ist ein Schalter angeschlossen, der neben den Kopf von Andreas gelegt wird, sodass er die Musik mit der Hand einschalten und ausschalten kann (siehe Abbildung 6).



Abbildung 6: Schalter wird von Andreas bedient
Quelle: Aufnahme des Lehrers Herr R.

Vor der Anwendung musste die geeignete Körperlage und das Körperteil gefunden werden, mit dem Andreas den Schalter am besten bedienen kann. Die Rückenlage stellte sich als die günstigste heraus, da sie seinem Spasmus am besten entgegenkommt (vgl. Anhang 3, Z. 106 ff.). Dabei ist der Schalter neben seinem Kopf angebracht (vgl. ebd., Z. 111).

Das Ziel der in dieser Form eingesetzten Musik ist, dass Andreas in der Sprach- beziehungsweise Kommunikationsentwicklung möglicherweise in die Lage versetzt wird, die Stufe von ‚Mittel-Zweck‘ zu erreichen und außerdem, dass Andreas den Schalter eines Tages intentional bedient. Um die Entwicklung hierbei zu unterstützen, baute der Lehrer zur Motivation unterschiedliche Medien zum Ein- und Ausschalten in den Unterricht in verschiedenen Bereichen ein, mit denen Andreas regelmäßig in Kontakt kommt. Neben dem Schalter für den Musikplayer werden zum Beispiel Maschinen im Werkunterricht und Licht/Luftsäule im Dunkelraum verwendet.

Beschreibung der Beobachtung 1 (siehe Anhang 4)

Während eines Schulmorgens von Andreas führte ich zwei Beobachtungen durch. Die erste Beobachtung fand während der Proben für die Adventsandacht statt.

Andreas wurde von der Klassenhelferin einige Minuten nach Beginn der Adventsandacht in den Raum gebracht. Die Klassenhelferin berichtete, dass Andreas starke Schmerzen habe. Schmerzen werden bei Andreas häufig durch die Skoliose verursacht. Während der Andacht wand sich Andreas in seinem Rollstuhl, weinte zwischendurch und hatte eine sehr verkrampfte Gesichtsmimik. Im Anschluss an die Andacht probte die Klasse mit anderen Mitschülerin-

nen und Mitschülern gemeinsam ihren Auftritt für die Andacht am nächsten Tag. Andreas war selbstverständlich auch beteiligt. Es wurde nach einer kurzen Einleitung ein Lied gesungen. Meine Beobachtungen zu den Äußerungen von Andreas in dieser Situation, zu seiner Reaktion auf Situationsänderungen und Musik möchte ich im Folgenden schildern.

Die Videoaufzeichnung dieser Situation hat eine Länge von sechs Minuten und neun Sekunden. Andreas wurde zu Beginn der Situation von der Klassenhelferin im Rollstuhl auf die Bühne gefahren und im Halbkreis in die richtige Position gebracht. Andreas hatte seinen Platz sich am rechten äußeren Ende des Halbkreises. Der Klassenlehrer Herr R., leitete die Aufführungsprobe und sprach ins Mikrofon (ab 0:19 min). Dabei verkrampfte sich Andreas sehr. Der Bauch wölbte sich immer wieder auf, die Arme zog er an den Oberkörper und drückte sie dann wieder von sich weg. Diese Bewegungen wiederholten sich in schnellem Rhythmus. Die Kopfbewegung, eine Drehung von der linken Kopfstütze bis zur geraden Haltung des Kopfes, ist angespannt und die Augenbewegungen sind schnell. Der Mund war während des Weinens weit aufgerissen, sodass er verkrampfte Laute äußerte.

Ein Sprecherwechsel ließ Andreas aufhorchen (ab 1:23 min). Bauch-, Arme- und Kopfbewegungen waren weiterhin unruhig, dabei beruhigten sich die Kopfbewegungen etwas. Nun riss er mit halboffenem Mund die Augen auf und weinte nicht mehr. Die Gesichtsmimik war angespannt, aber nicht mehr verkrampft. Als der Lehrer im Anschluss wieder ins Mikrofon sprach, wurde die Bewegungen von Bauch, Armen und Kopf ruhiger (ab 1:41 min). Die Augen bewegten sich aktiv weiter, der Mund halboffen, die Mimik weiterhin angespannt, aber nicht verkrampft. Andreas äußerte dabei keine Laute. Eine kurze Zeit der Stille, in der niemand sprach (ab 1:46 min), löste erneute unruhige Bewegungen bei Andreas aus. Mit weit geöffnetem Mund äußerte er sich mit weinenden Lauten und auch die Gesichtsmuskulatur verkrampfte sich zunehmend. Einige Sekunden später setzte ein Mitschüler seinen Talker ein, wobei das Gerät zunächst nur ein rauschendes Geräusch verursachte (ab 1:52 min). Andreas stellte sofort seine weinenden Laute ein und die Verkrampfung der Gesichtsmuskulatur löste sich. Der Bewegungsradius des Kopfes wurde größer, er reichte jetzt von der linken bis zur rechten Kopfstütze. Als das Rauschen des Talkers endete, nahmen die unruhigen und aktiven Bewegungen von Andreas wieder zu, bis sich der Bauch wölbte, die Arme sich krampfhaft bewegten, der Mund weit geöffnet war und Andreas weinet und schrie (ab 2:23 min). Als der Lehrer zu klatschen begann, blieb Andreas verkrampft, schrie aber nicht mehr, die Laute wurden leiser und gingen in ein Jammern über (ab 2:53 min).

Gitarrenmusik setzte ein, die Schülerinnen und Schüler sangen mit dem Lehrer gemeinsam das Lied „Feliz Navidad“ (ab 3:00 min). Andreas beendete die stimmlichen Äußerungen und die Bewegungen des Bauches waren nicht mehr verkrampft. Die Bewegungen der Arme und des Kopfes waren weiterhin aktiv und angespannt, aber ebenfalls nicht verkrampft. Andreas blieb angespannt mit weit geöffneten Augen und einer sehr aktiven Zunge. Am Ende des Musikstückes lachten Mitschüler und Mitschülerinnen laut auf, der Lehrer sprach wieder ins Mikrofon, worauf die Mitschülerinnen und Mitschüler antworteten (ab 4:40 min). Andreas zeigte auf diese Änderung der Situation zunächst keine deutlichen Änderungen des Ausdrucks. Nach einer knappen Minute, in der die Mitschüler und Mitschülerinnen abwechselnd ins Mikrofon sprachen, verkrampfte sich Andreas zunehmend (ab 5:24 min). Die Bewegungsaktivitäten nahmen zu, bis Andreas mit weit offenem Mund wieder zu weinen und schreien begann (ab 5:37 min). Beim gemeinsamen Sprechgesang, der nun angestimmt wurde, hörte Andreas auf zu weinen, die Armbewegungen blieben sehr aktiv, auch der halboffene Mund bewegte sich unruhig (ab 5:48 min). Gegen Ende des gemeinsamen Singens wurden die Kopfbewegungen ruhiger und gelöster, die Gesichtsmuskulatur entspannte sich, bis er keine Laute mehr äußerte. Die Krämpfe des Bauches ließen nach, die Augen rollte er jedoch unruhig. Durch das Schließen des Vorhanges wurde ein Rauschen ausgelöst (ab 5:59 min). Andreas hielt in seinen Bewegungen kurz inne und nahm sie dann beruhigt wieder auf. Die Videosequenz endet bei Minute 6:09.

Interpretation³

Andreas äußert sein Befinden über nonverbale Signale. Verkrampfungen im Bauch, der Arme, des Kopfes und Gesichts zeigen sein Unwohlsein und seine Schmerzen. Teilweise werden die körperlichen Signale durch stimmliche Äußerungen begleitet. Stimmliche Äußerungen zeigen sich in dieser Beobachtung nur als Ausdruck von negativen Gefühlen in Form von Weinen bis hin zum krampfhaften Weinen mit Schreien.

Die Körperbewegungen von Andreas sind meist aktiv, wobei zwischen angespannt und verkrampft unterschieden werden muss. In Situationen, in denen Andreas sein Unbehagen unmittelbar äußert, bewegen sich die Körperteile verkrampft, wodurch auch der Bewegungsradius des Kopfes eingeschränkt ist. Der Kopf bewegt sich dann linksdominant maximal bis zur geraden Haltung des Kopfes. Lässt die Verkrampfung dagegen nach, dreht sich der Kopf aktiv in einem größeren Feld, teilweise bis zur rechten Kopfstütze. Besonders seine Gesichtsmimik

³ Bei der Interpretation aller Beobachtungen wird die Zeitform des Präsens verwendet, um eine bessere Lesbarkeit zu ermöglichen. Es muss aber betont werden, dass es sich dabei nicht um allgemein gültige Aussagen über Andreas handeln kann, hierfür wären weitere Beobachtungen notwendig.

scheint konstant angespannt zu sein, die Augen sind dabei meist weit geöffnet und der Mund, sowie die Zunge bewegen sich. Indem er den Mund weit aufmacht, verkrampft er die Gesichtsmuskulatur und es kann eindeutig eine Verschlechterung der Gefühlslage erkannt werden.

Alle Geräusche, die mit Musik in Zusammenhang gebracht werden können, vor allem das Rauschen, aber auch das Singen, das Gitarrenspiel und ein Sprechgesang zeigen eine deutliche Reaktion bei ihm. Andreas nimmt diese akustischen Veränderungen in seiner Umwelt deutlich wahr und scheint aufzuhorchen beziehungsweise sich auf die musikalischen Elemente zu konzentrieren. Deutlich machen dies das Beenden des Weinens, die weniger verkrampften Bewegungen und der veränderte Ausdruck. Das Gefühl von Schmerz scheint zumindest für die Zeit, in der musikalische Elemente zu hören sind, in den Hintergrund zu geraten, so dass angenommen werden kann, dass diese musikalischen Elemente eine positive Wirkung auf seine Gefühle haben. Diese Verhaltensänderung zeigt, dass Andreas den Wechsel der ins Mikrofon sprechenden Person wahrnimmt und konzentriert aufhorcht und dabei das Weinen einstellt. Andreas drückt sich über Laute und stimmliche Äußerungen nur in Situationen des Unwohlseins aus und wenn er Schmerzen zu haben scheint. Ungewohnte, akustische Reize nimmt er wahr und es werden meist zumindest kurze Verhaltensänderungen bemerkbar, zum Beispiel in der Intensität der Bewegungen und ganz deutlich in der Gesichtsmimik, das heißt An- und Entspannung der Gesichtsmuskulatur.

Kommunikation über Musik konnte in dieser Situation leider nicht beobachtet werden. Andreas äußerte zwar sein Befinden über nonverbale Signale und auch über die beschriebenen stimmlichen Äußerungen. Da es sich allerdings um eine Probe für einen Auftritt handelte, lag die Konzentration bei Lehrer und Mitschülerinnen und Mitschülern eher auf dem Ablauf der Vorstellung. Der Lehrer hielt sich an das Skript für die Probe und ging somit nur auf die Äußerungen von Schülerinnen und Schülern ein, die im Zusammenhang mit dem Skript standen. Deshalb wurde kein wechselseitiger kommunikativer Prozess, auch nicht über Musik angeregt und hervorgerufen.

Beschreibung der Beobachtung 2 (siehe Anhang 5)

Die zweite Beobachtung fand in der großen Pause statt. Unmittelbar davor kam der Lehrer, Herr R., mit Andreas vom Wickeln zurück. Andreas weinte laut und war muskulär verkrampft. Herr R. nahm Andreas aus dem Rollstuhl und lagerte ihn auf dem Rücken, wobei mehrere Lagerungskissen eine stabile und bequeme Position ermöglichten. Am Kopfende

befand sich ein Musikplayer, in den eine Kassette mit moderner und altersgemäßer Musik eingelegt war, zum Beispiel *Wavin' Flag* von K'naan.

Die Videoaufzeichnung dieser Situation hat eine Länge von 13 Minuten und fünf Sekunden. Bei der Auswertung der Beobachtung beschränke ich mich auf die erste Sequenz bis zur sechsten Minute. Die darüber hinausgehenden Sequenzen zeigen ein unverändertes und unauffälliges Verhalten von Andreas, sie haben deshalb für die Auswertung dieser Einzelfallstudie keine hohe Relevanz.

Andreas lag auf dem Rücken auf einer Lagerungsliege im Klassenzimmer (ab 0:00 min). Mit seiner rechten Hand konnte er durch Antippen den Schalter des Musikplayers bedienen. Andreas' Bauch hob sich, die Arme und der Kopf waren dagegen ruhig, die Augen aktiv, ebenso Mund und Zunge. Die Gesichtsmuskeln waren entspannt, Andreas äußerte sich zudem nicht über die Stimme. Im Klassenzimmer begann eine Mitschülerin laut zu sprechen (ab 0:25 min), worauf sich seine Bewegungen beruhigten, er entspannt lag. In Minute 2:10 zog er röchelnd Luft durch den Mund ein. Ab Minute 2:43 äußerte Andreas einen weiteren Laut, ein leises und entspanntes „Hoo“. Herr R. kam an Andreas heran, nahm jedoch zunächst keinen Kontakt mit ihm auf (ab 2:57 min). Andreas verspannte sich kurz und stellte dabei das Lautieren ein. Kurz danach setzte die Äußerung wieder ein: „Hoo“ (ab 3:04 min). Seine Körperbewegungen wurden sehr ruhig und entspannt. Herr R. legte daraufhin seine Hand auf die Brust von Andreas und strich sanft darüber (ab 3:05 min), worauf Andreas das Lautieren beendete. Herr R. entfernte sich wieder von Andreas (ab 3:19 min). Im Klassenzimmer nahm die Lautstärke der Mitschülerinnen deutlich zu, worauf sich der Bauch von Andreas schneller hob und senkte. In Minute 4:23 wurde die Lautstärke des Musikplayers von Herrn R. lauter gestellt. Andreas blieb weiterhin entspannt und ruhig. Plötzlich lächelte Andreas deutlich (ab 4:21 min). Die Mitschülerinnen um ihn wurden wieder lauter, Andreas äußerte einen ruhigen, lang anhaltenden Laut: „Hmmm“ (ab 4:35 min). Die Bewegungen von Bauch, Kopf, Augen und Mund wurden aktiver und das Lautieren nahm an Lautstärke zu (ab 5:02 min). Eine Mitschülerin beklagte sich im Hintergrund und begann zu jammern (ab 5:28 min), worauf sich die Gesichtsmuskulatur von Andreas veränderte, sie wurde angespannt bis verkrampft. Zudem äußerte er einen weinenden Laut. Die Mitschülerinnen beruhigten sich etwas und auch Andreas entspannte sich wieder (ab 6:04 min). Er lächelte und lachte dann laut auf. Bauch, Arme und Kopf sind aktiv, Augen und Mund wurden ruhiger (ab 6:15 min), auch die Mimik entspannt sich und er äußerte keine Laute.

Interpretation

Das Befinden von Andreas ändert sich schlagartig, wenn er vom Rollstuhl herausgenommen und horizontal gelagert wird. Außer der kurzen Sequenz des Unwohlseins in Minute 5:28 wirkt Andreas in dieser Situation der Pause entspannt und zufrieden. Seine Bewegungen und Verkrampfungen lassen nach und auch die Gesichtsmimik entspannt sich. Seine Zufriedenheit äußert er innerhalb dieser Beobachtung deutlich, indem er zweimal lächelt, einmal sogar mit Laut.

Veränderungen der Gefühlslage, abhängig davon, ob Musik ein- oder ausgeschaltet ist, können nicht beobachtet werden, da diese Zwischensequenzen sehr kurz sind. Dennoch scheint diese Art von Musik in dieser Situation eine positive, ausgleichende Wirkung auf Andreas zu haben. Möglich ist, dass außerdem die Stellung, in die er gelagert ist, für ihn wohltuend ist, sowie die gelöste Atmosphäre im Klassenzimmer. An dieser Stelle kann die positive Änderung des Befindens nicht deutlich der Musik zugeschrieben werden, es ist jedoch möglich, dass die Gesamtsituation Andreas so besonders gut tut.

Die musikalischen Reize des Musikplayers, wie die Geräusche der Maschinen, werden nach Herrn R. zufolge zur Förderung der Kommunikationsentwicklung eingesetzt. Während des Lehrer nicht auf jedes Bedienen des Schalters reagiert, löst das Drücken des Schalters am Musikplayer immer etwas aus. Und auch indirekt kann in folgender Situation eine Kommunikation angeregt werden: Wird Andreas in eine für ihn unbequeme Position gelagert, bedient er den Schalter möglicherweise weniger häufig, da die Bewegung Schmerzen verursacht. Herr R. nimmt dies wahr und lagert ihn daraufhin um. Fühlt sich Andreas in der neuen Position wohl, kann er durch seine Armbewegungen den Schalter für die Musik besser bedienen. So kann die Musik in diesem Fall nicht die Basis für die Kommunikation darstellen, jedoch das indirekte Medium, das die Befindlichkeit widerspiegelt, auf die der Lehrer oder eine sonstige Bezugsperson reagieren kann, sodass es zu einem wechselseitigen Prozess kommt.

Schlussfolgerungen für „Musik in der Schule“

Meine Beobachtungen stimmen mit den Aussagen des Lehrers, Herr R., überein. Auch er äußerte, dass bei Andreas eine positive Reaktion auf musikalische Elemente in der Schule zu beobachten sei. Auch wenn Andreas sein Befinden nicht über Sprache äußern kann, so sind doch über nonverbale Signale Unwohlsein, Schmerzen, Zufriedenheit, Wohlfühl festzustellen. Während Andreas in Situationen, die nicht musikalisch begleitet sind, über Schmerzen und Unwohlsein klagt, beruhigt er sich, sobald musikalische Elemente im weitesten Sinne zu

vernehmen sind. Musik trägt bei Andreas somit zum Wohlbefinden bei und unterstützt die Entspannung seiner muskulären Tonusveränderungen.

Eine Situation, in der musikbasierte Kommunikation nach dem Ansatz von Meyer stattfindet, konnte nicht beobachtet werden, da diese im Schulalltag dieser Klasse nicht vorzufinden ist.

Betrachtet man jedoch den Ansatz von Fröhlich und Simon bezüglich der *Vielfalt der Kommunikation*, auf die in Kapitel 4.2 ausführlich eingegangen wird, können auch diese beiden geschilderten Situationen und Beobachtungen der basalen Kommunikation zugeordnet werden. Denn wenn Andreas seine Gefühle, zum Beispiel ein Unwohlsein, durch Lautieren und Schwitzen äußert, wird dies vom Lehrer wahrgenommen. Auf einer anderen Ebene gibt er ihm hierzu Rückmeldung, indem er beruhigend mit ihm spricht, ihn tröstet, seinen Rücken massiert und ihn umlagert. Durch eine Reduzierung des Weinens und Krampfens zeigt Andreas dem Lehrer wiederum, dass es ihm gut geht, was Herr R. wiederum durch Körpersignale von Andreas wahrnehmen kann. In diesem Sinne findet Kommunikation fast ausschließlich auf nonverbale Art statt, Herr R. und Andreas kommunizieren miteinander.

7.3.2 Musik in der Musiktherapie

Herr F., der Musiktherapeut der Einrichtung, arbeitet nach der entwicklungsorientierten Musiktherapie nach Karin Krummacher und betrachtet Musiktherapie als eine Form von Psychotherapie (vgl. Anhang 1, Z. 9, 58). Bei der Musiktherapie als Psychotherapie liegt der Schwerpunkt der Arbeit auf dem Klienten und der Beziehung. „Sie setzt beim individuellen emotionalen Leiden und bei Beziehungsstörungen an und benutzt Musik als nichtsprachliches Ausdrucks- und Kommunikationsmittel“ (Müller 2001, 32). Der Klient soll unterstützt und konfliktorientiert begleitet werden (vgl. ebd., 33). Die Musik wird patientenbezogen gewählt und es wird improvisiert. Die Therapeuten arbeiten mit psychotherapeutischen Methoden, außerdem in der Regel einzeln und in einem zeitlich begrenzten Rahmen (vgl. ebd.).

Für Herrn F. sind die Stimme, das Klavier und die Gitarre die wichtigsten Instrumente, die in der Musiktherapie eingesetzt werden (vgl. Anhang 1, Z. 12 f.). Damit macht er die Musik, die ihm in den Kopf kommt, die ihn geprägt hat und greift Äußerungen, auch nonverbaler Art, von den Klienten auf und setzt diese in Musik um (vgl. ebd., Z. 19 f.). Dabei ist eine sehr genaue Beobachtung des Klienten und seinen Emotionen, seiner Äußerungen und seinem Verhalten sehr wichtig. Reaktionen auf die Musik müssen vom Therapeuten rechtzeitig wahrgenommen werden, damit dieser wiederum darauf eingehen kann, indem zum Beispiel die Musik geändert wird (vgl. ebd., Z. 88 ff.). In der Gruppe orientiert sich Herr F. hauptsäch-

lich an den Lauten, die die teilnehmenden Personen äußern. Manchmal werden auch körperliche Bewegungen aufgegriffen (vgl. Anhang 2, Z. 39 ff.).

Das Gruppentherapie mit der Bezeichnung ‚Kling-Klang‘, die Andreas einmal in der Woche besucht, ist ein musiktherapeutisches Angebot im Freizeitbereich der Einrichtung in S. (vgl. ebd., Z. 102 f.). Das Ziel ist, in der Gruppe etwas zu erleben, sich als Gruppe zu erleben, Spaß zu haben, miteinander an der Musik zu arbeiten, aber auch dem Ausdruck negativer Gefühle Raum zu geben (vgl. ebd., Z. 128 ff.). Dadurch ergibt sich auch die Möglichkeit, Kommunikation aufzubauen, sich mitzuteilen und auszudrücken (vgl. ebd., Z. 131 ff.). Die Gruppensituation kann es jedoch schwierig machen, Kommunikation mit einzelnen Teilnehmern aufzubauen und deren Entwicklung individuell zu fördern, was von Herrn F. geäußert wurde (vgl. ebd., Z. 133 ff.). Bedeutend hierfür ist, dass es sich beim ‚Kling-Klang‘ um ein Freizeitangebot handelt und die Teilnehmer selbst bestimmen, ob sie in Kommunikation treten oder ob sie einfach nur die Musik still genießen möchten (vgl. ebd., Z. 141 ff.). Nach Aussagen des Therapeuten sind die therapeutischen Ziele bei diesem Angebot nicht so hoch anzusetzen (vgl. ebd., Z. 138). Aufgrund der Gruppengröße sei es für ihn schwierig, sich den einzelnen Personen zu widmen (vgl. ebd., Z. 158 f.). Er äußerte den Satz: „Wer sich einbringt, kriegt was“ (ebd., Z. 159).

Beschreibung der Beobachtung 3 (siehe Anhang 6)

Zu Beginn der Beobachtung befand sich Andreas in seinem Rollstuhl bereits an dem für ihn vorgesehenen Platz im Kreis. Als alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen eingetroffen waren und sich im Kreis befanden, begann Herr F. mit dem Spielen am Klavino. Andreas' Verhalten und seine Verhaltensänderungen, die ich während des musikalischen Angebots beobachten konnte möchte ich im Folgenden darstellen. Dabei werden für die Auswertung relevante Sequenzen aufgegriffen. Die ausgelassenen Sequenzen zeigen ein unverändertes und unauffälliges Verhalten von Andreas, sodass sie für die Auswertung dieser Einzelfallstudie keine hohe Relevanz haben.

Die Videoaufzeichnung dieser Beobachtung hat eine Länge von 43 Minuten und drei Sekunden. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden nach und nach in den Raum gebracht, in dem das musiktherapeutische Gruppenangebot stattfand (ab 0:00 min). Die Umgebung war unruhig, Personen kamen und gingen. Der Bauch von Andreas bewegte sich unruhig, ebenso Arme und Kopf. Auch Mund und Zunge waren sehr aktiv, das Gesicht angespannt. Andreas äußerte keine Laute (ab 1:00 min). Daraufhin verkrampfte sich das Gesicht von Andreas und

der Mund öffnete sich weit, Andreas begann zu weinen (ab 1:33 min). Die Situation hielt an, während andere Teilnehmerinnen und Teilnehmer sich stimmlich äußerten, unter anderem ebenso mit weinenden Lauten. Andreas verkrampfte zunehmend und die Laute und das Weinen wurden lauter und intensiver (ab 4:42 min). Zwischendurch beruhigten sich die Bewegungen und stimmlichen Äußerungen (ab 4:34 min), um sich dann wieder zu verstärken (ab 5:30 min).

Als alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Kreis versammelt waren, eröffnete Herr F. das musikalische Angebot mit einem einzelnen Ton auf dem Klavinova (6:05 min). Andreas hörte daraufhin abrupt auf zu weinen, mit weit geöffneten Augen, einer aktiven Zunge und weiterhin unruhigen Armen, Bauch und Kopf. Die Gesichtsmimik war angespannt, aber nicht verkrampft. Der eingesetzte Ton ließ Andreas aufhorchen. Auch in der darauffolgenden kurzen Pause, weinte Andreas nicht mehr. Als das Spiel am Klavinova einsetzte, beruhigten sich die Bauchbewegungen, die Arme dagegen wurden zunehmend aktiver (ab 6:16 min). Der Bewegungsradius des Kopfes erhöhte sich, sodass der Kopf sich nun von der linken Kopfstütze bis zur rechten bewegt. Die Augen waren dabei weit geöffnet, Zunge und Mund aktiv. Trotz angespannter Mimik äußerte Andreas keine Laute. Zum Klavierspiel sang Herr F. nun immer wieder und nannte dabei die Namen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer und griff Äußerungen derselben auf (ab 7:26 min). In dieser Situation verkrampfte sich der Bauch von Andreas, die verkrampften Arme wurden an den Oberkörper gezogen. Der Kopf bewegte sich linksdominant, der Bewegungsradius war dementsprechend eingeschränkt. Mit verkrampfter Mimik fängt Andreas laut an zu schreien. Die Musik war an dieser Stelle eher geruhsam und zurückhaltend, als diese aber dominanter, schneller, verspielter und etwas lauter wurde, beruhigte sich Andreas wieder (ab 7:34 min). Während das Gesicht weiterhin verkrampft war, weinte er nicht mehr. Auch die Bauchbewegungen beruhigten sich. Der Bewegungsradius des Kopfes erweiterte sich erneut, der Mund war halb offen und aktiv.

Während der folgenden Minuten veränderte sich der Ausdruck von Andreas nicht. Die Signale des Körpers von Andreas wechselten von Anspannung zu Entspannung, es kam jedoch zu keiner Verkrampfung mit weinenden Lauten.

Andere Teilnehmerinnen und Teilnehmer beginnen zu lautieren, eine Teilnehmerin kicherte sogar (ab 13:51 min). Ein Lächeln war bei Andreas zu beobachten, es war zwar kurz, aber deutlich. Dabei waren seine Mimik und seine Körperbewegungen aktiv, aber nicht verkrampft. Ein weiteres Mal setzte Andreas zum Lächeln an, in diesem Falle jedoch nicht so ausgeprägt wie beim ersten Mal (14:10 min).

Herr F. verabschiedete sich musikalisch von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, indem er alle Namen sang und mit dem Klavinova weiterhin begleitete (ab 33:38 min). Er bedankte sich und verwies auf das nächste Treffen des ‚Kling-Klang‘. Bauch, Kopf und Augen von Andreas bewegten sich ruhig, der Mund war weiterhin aktiv. Die an den Körper gezogenen Arme machten enge Bewegungen. Bei zunächst entspannter Mimik äußerte er zunächst entspannte Laute. Die Anspannung bei Andreas nahm zu, nachdem die Teilnehmerinnen und Teilnehmer musikalisch verabschiedet wurden und die Musik schließlich endete.

Herr F. öffnete die Türe zum Raum für die bereits wartenden Betreuer und begann das Klavinova abzubauen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mussten warten, bis sie von ihren Betreuern und Pflegern abgeholt wurden. In dieser Zeit blieben sie im Kreis sitzen. Auch Andreas musste warten und verspannte sich währenddessen zunehmend (ab 34:23 min). Die Gesichtsmimik verkrampfte, der Bewegungsradius des Kopfes schränkte sich wieder ein, Augen und Mund wurden unruhig. Während viele der Teilnehmerinnen und Teilnehmer bereits abgeholt wurden, musste Andreas jedoch weiterhin warten. Die Anspannung nahm zu, der Körper verkrampfte und Andreas begann nach einem anfänglichen Jammern laut zu weinen (ab 39:50 min). Dennoch waren die Laute nicht so laut und intensiv wie zu Beginn der Therapiesitzung. Die Videosequenz endet (43:03 min).

Interpretation

Auch diese Beobachtungseinheit zeigt, dass sich Andreas über Laute und stimmliche Äußerungen nur in Situationen des Unwohlseins ausdrückt und wenn er Schmerzen zu haben scheint. Seine Bewegungen bleiben durchgehend erhalten, wobei ebenfalls zwischen Anspannung und Verkrampfung unterschieden werden muss (vergleiche Beobachtung 1).

Vor der Musiktherapie, als Andreas und die anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf den Beginn warten, scheint Andreas starke Schmerzen zu haben und sich unwohl zu fühlen. Auch nach der Musiktherapie gefällt ihm die wartende Situation nicht, was er deutlich macht, indem er zunehmend verkrampft und zu weinen beginnt.

Kurz vor Beginn der Musik des Klavinovas erklingt ein einzelner Ton. Andreas hört sofort auf zu weinen, horcht auf und scheint sich zunehmend zu entspannen. Aktive, aber nicht verkrampfte Bewegungen der Arme, des Mundes und der Zunge, sowie ein erweiterter Bewegungsradius scheinen Merkmale dafür zu sein, dass er sich wohl fühlt. Ein Stimmungswechsel wird dann bemerkbar, wenn die Bewegungen verkrampfen und nicht mehr frei sind. Nach ungefähr sieben Minuten ist der Wechsel des Befindens deutlich durch nonverbale Signale wahrzunehmen. Andreas verkrampft und schreit. Die Musik an dieser Stelle ist eher geruh-

sam, leise und zurückhaltend. Erst als das Tempo der Musik zunimmt, sie verspielter und lauter wird, beruhigt sich Andreas wieder. Dabei zeigt sich, dass das Musikspiel in dieser Situation eine positive Wirkung auf Andreas hat. Musikalischen Elemente scheinen eine beruhigende Wirkung auf Andreas zu haben, sodass das Fühlen von Schmerz für einige Zeit verschwindet und er über längere Zeiträume zufrieden zu sein scheint. Hier bestätigt sich die Aussage von Spintge, dass Musik eine stress- und schmerzreduzierende Wirkung hat (vgl. Spintge 2001, 389 nach Decker-Voigt 2008, 43), zum Beispiel bezüglich des Lösens muskulärer Verspannungen. Besonders deutlich macht Andreas sein zufriedenes Befinden, indem er zweimal lächelt. Herr R. äußerte bereits, dass Andreas lächelt, wenn es ihm gut geht. Deshalb kann diese musiktherapeutische Situation als ein Initiator für einen positiven Wechsel der Gefühlslagen erachtet werden. Während die Musik erklingt und sich die Muskeln von Andreas entspannen, vermehrt sich die körperliche Bewegung, die auch Smeijsters (vgl. Smeijsters 1999, 41) beschreibt.

7.4 Zusammenfassung und Rückschlüsse für die Praxis

Die Beobachtungen zeigen bei Andreas eine durchweg positive Wirkung auf das Hören von Musik und akustischen Elementen, die in einem weiten Verständnis von Musik ebenfalls als solche aufgefasst werden können. Musik trägt bei Andreas zur Überwindung von Schmerzen, zumindest kurzfristig bei und kann ein Unwohlsein sogar in ein Glücklichein verwandeln. Der Tag, an dem die Beobachtungen stattfanden, begann bereits am Morgen mit Schmerzen für Andreas. Vor allen drei Beobachtungen machte er deutlich, dass es ihm nicht gut geht, indem er muskulär verkrampfte ist und weinte. Musik durch das Klavino, einer Gitarre, der Stimme oder auch das Rauschen des Vorhangs lösten bei ihm ein Befinden aus, das die Schmerzen in den Hintergrund drängte. Die musikalischen Elemente ließen ihn aufhorchen, obwohl Verkrampfungen sich entspannten war er trotzdem sehr aktiv. Die Hypothese, Musik habe eine positive Wirkung auf Menschen mit schwerer Behinderung, lässt sich in Andreas' Fall somit bestätigen. Die Beobachtungen geben zwar nur einen kurzen Einblick in einen Tag von Andreas, die gewonnenen Informationen aus dem Interview mit Herr R. geben jedoch Aufschluss darüber, dass diese positive Wirkung auf das Befinden von Andreas allgemein gültig ist. Berücksichtigt werden muss an dieser Stelle, dass sich dies jedoch nicht auf alle Menschen mit schwerer Behinderung übertragen lässt. Auch wenn die Theorie besagt, dass Musik in besonderer Weise Menschen mit geistiger oder schwerer Behinderung anspricht und eine positive Wirkung auf diese hat, muss selbstverständlich jede Person individuell betrachtet werden, so wie die Person Andreas in dieser Einzelfallstudie. Die Wirkung von Musik

kann nicht objektiv gesehen werden, denn die Zahl der Variablen (persönliche Erlebnisse, Stimmung, Vorlieben, umgebende Situation, u.a.) ist so groß, „dass man die Wirkung einer Musik kaum trennen kann von der Wirkung der Umstände, unter denen sie gehört wird“ (Oberegelsbacher/ Timmermann 2008, 28).

Beobachtungen und Interviews zeigen, dass ein vielseitiger Einsatz von Musik und musikalischen Elementen sowohl in Andreas' Schulalltag als auch in seiner Freizeit zu empfehlen ist. Wichtig ist, Andreas alle drei Ebenen des Bildungsplans für die Schule für Geistigbehinderte erfahrbar zu machen: *Musik erleben*, *Musik gestalten* und *Musik präsentieren*. Die Einzelfallstudie zeigt, dass Kompetenzbereiche, die der Bildungsplan vorgibt, im Schulalltag von Andreas integriert sind: Im Rahmen der Vorführung während der Adventsandacht kooperiert die Klasse B5 mit anderen Klassen und auch im Singkreis mit der Nachbarklasse wird gemeinsam mit anderen musiziert, mit dem Schalter und dem Musikplayer werden digitale und elektronische Medien im Schulalltag verwendet und während dem Musizieren und Musik rezipieren kann Andreas den Ausdruck von Musik erleben und dabei Gefühle entwickeln. Für den vermehrten Einsatz von Musik im Alltag von Andreas könnten die Vorgaben des Bildungsplans weiter berücksichtigt werden. Für den Bereich *Musik erleben* können viele verschiedene Möglichkeiten genutzt werden, wie es in diesem Fall getan wird: gemeinsames Singen und Musizieren im Unterricht, in den Pausen und in der Wohngruppe, Musik hören über Musikplayer, in der Musiktherapie, möglicherweise ein Konzertbesuch oder Auftritte innerhalb von Schulveranstaltungen. Musik könnte auch von Andreas *gestaltet* werden. Denkbar wäre hier, zum Beispiel Rasseln an seinen Armen zu befestigen, die dann durch Andreas' Bewegungen Geräusche machen. Musik kann sowohl in der Schule als auch in der Gruppe von Andreas *präsentiert* werden. Die Aufführung in der Adventszeit kann hier als Beispiel genannt werden. Auch in einem kleineren Rahmen könnten kleine musikalische Auftritte und Vorträge präsentiert werden, zum Beispiel bei anderen Gruppen im Haus oder der Nachbarsklasse. Allgemein ist es sinnvoll, Andreas verschiedene Musikstile bereit zu stellen und darauf zu achten, ob er Signale äußert, die eine Bevorzugung und Ablehnung eines bestimmten Stils ausdrücken.

Um Kommunikation über Musik zu fördern und zu ermöglichen, braucht Andreas Situationen, in denen speziell auf ihn eingegangen wird, seine Äußerungen deutlich wahrgenommen werden, die in Musik umgesetzt werden. Der Musikplayer mit angeschlossenem Schalter wird in der Schule zwar zur Förderung der Kommunikation eingesetzt, dennoch findet kein wechselseitiger Austausch über Musik statt. Die Bedeutung der Wirkung von Musik bei Andreas, die in dieser Einzelfallstudie herausgearbeitet wurde, macht deutlich, dass ihn eine Förderung

über musikalische Elemente anspricht. Dafür können die Ansätze zur Förderung, die in Kapitel 6 gegeben werden, Berücksichtigung finden. Dazu müssten Zeiten genutzt werden, in denen die anderen Schülerinnen und Schüler in der Pause sind oder eigenständig an einer Aufgabe arbeiten, sodass die Konzentration der Bezugsperson, wie zum Beispiel des Lehrers, auf den nonverbalen Signalen von Andreas liegen kann. Eine weitere Möglichkeit wäre, die ganze Klasse in die musikalische Kommunikation, zum Beispiel während eines Morgenkreises, einzubeziehen, um nicht nur Andreas musikbasierte Kommunikation zu ermöglichen, sondern auch den Mitschülerinnen.

Die Nutzung des musiktherapeutischen Angebots von Herrn F. ist für Andreas sicherlich angebracht. Da in der Gruppe ‚Kling-Klang‘ allerdings meist die Äußerungen anderer Teilnehmerinnen und Teilnehmer aufgenommen werden, sind die Möglichkeiten des Ausdrucks über Musik und der musikbasierten Kommunikation für Andreas in der bestehenden Situation eingeschränkt. Im Gegensatz zu anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmern drückt Andreas sein Befinden nicht immer über Laute aus, sondern vermehrt über Körperbewegungen, Anspannung der Muskeln und Mimik. Es wäre sinnvoll, in das musiktherapeutische Angebot Bewegungen und sonstige körperliche, nonverbale Äußerungen aufzunehmen und diese ebenfalls in Musik umzusetzen, um allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern gerecht zu werden. Angestrebt werden könnte auch der Wechsel in eine kleinere Gruppe mit musiktherapeutischem Angebot, damit auch Andreas musikbasierte Kommunikation möglich gemacht werden könnte, um so seine Kommunikationsmöglichkeiten zu erweitern und zu fördern.

8 Schluss

Nachdem ich mich in dieser Arbeit ausführlich mit der Wirkung von Musik auf Menschen und im speziellen auf Menschen mit schwerer Behinderung auseinandergesetzt habe, stelle ich fest, dass der Einsatz von musikalischen Elementen großes Potential bezüglich des individuellen Befindens, der Ausdrucksmöglichkeiten und der Anbahnung von Kommunikation hat. Es zeigen sich nicht nur positive physische und emotionale Reaktionen bei Menschen mit schwerer Behinderung, sondern es können außerdem nonverbale kommunikative Prozesse durch Musik entstehen und gefördert werden. Damit kann für Menschen mit schwerer Behinderung, die über keine gesprochene Sprache verfügen, ein Raum geschaffen werden, indem sie ihre Gefühle und ihr Befinden zum Ausdruck bringen können. Sie können dabei erleben,

dass ihr Tun ihre Umwelt beeinflusst, dass ihre Äußerungen verstanden werden und sie Rückmeldung zu ihrem Tun bekommen.

Um dies auch in der Schule oder im Alltag umsetzen zu können, müssen Lehrerinnen und Lehrer oder andere Bezugspersonen nicht unbedingt über professionelle Fähigkeiten und eine große musikalische Kompetenz verfügen, sondern es muss lediglich „eine Offenheit und eine Liebe für Musik vorhanden sein“ (Meyer 2009, 101). Der Ansatz, den Meyer zur musikbasierten Kommunikation für Laien vorschlägt, ist dafür besonders geeignet. Er gibt Menschen, die aufgrund körperlicher Beeinträchtigung ein Musikinstrument nicht intentional betätigen können, die Möglichkeit, sich dennoch über Musik auszudrücken und in einen Dialog mit dem Gegenüber zu treten. Dabei geht es nicht um „therapeutische Prozesse mit einer Heilungsabsicht“ (ebd.) oder um komplexe musikalische Gespräche, sondern es geht darum, über kommunikative Prozesse einen wechselseitigen Austausch hervorzurufen.

Andreas zeigt deutliche Reaktionen auf Musik. Musikalische Elemente lassen ihn aufhorchen, zeigen Veränderungen in seinen Bewegungen und Äußerungen, weg vom schmerz erfüllten nonverbalen und stimmlichen Ausdruck bis hin zu einem Lächeln. Die Aussagen in der Literatur über die Wirkung von Musik, werden durch meine Erfahrungen, die ich im praxisorientierten Teil dieser Arbeit sammeln konnte, bestätigt. In der Literatur finden sich zwar Äußerungen über die positive Wirkung der Musik auf Menschen und insbesondere auch Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung, aber leider gibt es dazu noch wenige wissenschaftliche Untersuchungen (vgl. Spitzer 2002, 379; vgl. Meyer 2009, 29), die dies wissenschaftlich bestätigen. Der derzeitige Stand der Musikmedizinforschung nach Spintge wird in Abbildung 2 zusammengefasst, hier werden Reaktionen von Körpersystemen auf Musik dargestellt.

Für mich stellt sich an dieser Stelle jedoch die Frage, ob ein Einsatz von Musik im Miteinander mit Menschen mit schwerer Behinderung wissenschaftlicher Untersuchungen bedarf. Selbstverständlich würden Ergebnisse aus wissenschaftlichen Untersuchungen eine gute Grundlage für das pädagogische Vorgehen unter Einbeziehung von Musik bieten. Letztendlich ist für den Einsatz von Musik in der Schule entscheidend, ob die Schülerin oder der Schüler von Musik angesprochen wird und Reaktionen darauf zeigt. Der Blick auf den einzelnen Menschen ist hier meiner Meinung nach besonders wichtig. Dabei sollte nicht an erster Stelle stehen, ob wissenschaftliche Untersuchungen der Musik eine positive Wirkung zuschreiben, sondern ob und wie die Schülerin oder der Schüler mit schwerer Behinderung das musikalische Angebot annimmt oder ablehnt. An dieser Stelle soll noch einmal verdeutlicht werden, dass für das Verständnis und die Umsetzung von musikbasierter Kommunikation die Begriff-

lichkeiten wie Musik oder Kommunikation nicht einer engen, eingeschränkten Definition unterliegen können. Vielmehr ist es wichtig, offen zu sein für weite Definitionen und Verständnisweisen, um sich auf Neues einlassen zu können und auszuprobieren. Die Entscheidung ob Kommunikation auf dieser Ebene stattfinden soll, kann dann unter Berücksichtigung der beteiligten Personen getroffen werden.

Aus den Erfahrungen dieser Arbeit lässt sich für mein weiteres pädagogisches Handeln ein bewusster Einsatz von musikalischen Elementen im Unterricht ableiten, in dem Möglichkeiten zum Musik hören und gestalten gegeben werden. Andreas ist für mich ein gutes Beispiel dafür, dass auch schon eine Situation, in der Musik rezipiert wird zum Wohlbefinden beitragen kann. Dabei ist es mir wichtig, dem Schüler oder der Schülerin freien Raum zur Gestaltung und zum Ausdruck zu geben. Da ich nicht die Fertigkeiten dazu besitze, Gefühle über Harmonien und Akkorde am Klavier auszudrücken, werde ich vermutlich zunächst die Stimme und Trommeln als zentrale Instrumente einsetzen. Für mich ist für die Umsetzung zentral, nicht nur einzeln mit dem Schüler oder der Schülerin über musikbasierte Kommunikation in einen wechselseitigen Austausch zu kommen, sondern dies außerdem im Unterricht mit der ganzen Klasse aufzugreifen, zum Beispiel im Morgenkreis oder Musikunterricht.

Leider konnte ich in meinem praktischen Teil keine musikbasierte Kommunikation im Sinne von Meyer (2009) weder in der Schule noch in der Musiktherapie beobachten. Es wäre interessant zu erfahren, wie der Ansatz der musikbasierten Kommunikation nach Meyer in der Schule umgesetzt werden kann. Umso mehr ist dies jedoch auch ein Hinweis dafür, dass dieser Ansatz im Gegensatz zu anderen Konzepten zur Förderung der Kommunikation noch keinen großen Bekanntheitsgrad in Schulen erreicht hat. Ein möglicher Grund hierfür ist, dass Meyer den Ansatz der musikbasierten Kommunikation erst im Jahr 2009 vorgestellt hat, wogegen zum Beispiel das Konzept der Basalen Kommunikation bereits in den 80-er Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts entwickelt wurde (vgl. Mall 2010).

Abschließen möchte ich diese Arbeit mit einem Zitat von Hinrich van Deest, der für mich die Möglichkeiten der Musik als Kommunikationsmedium verdeutlicht: „Musik ist kein ‚Wundermittel‘, sondern ein Medium der Verständigung und des Austauschs – zwar ein nicht-sprachliches, analoges Medium, gleichwohl aber ein Mittel der Kommunikation“ (van Deest 1997, 18).

Diese Sichtweise und die Erkenntnisse über die Wirkung von Musik verdeutlichen, dass die Umsetzung dieser Thematik, besonders im Zusammenhang mit Menschen mit schwerer Behinderung, gerade im Bereich der schulischen Förderung an Bedeutung gewinnen sollte.

Literatur

Atteslander, P. (2010): *Methoden der empirischen Sozialforschung*.

Berlin: Erich Schmidt Verlag.

Becker, M. (1996): *Musikbegriff*.

In: Decker-Voigt, H.-H./ Knill, P. J./ Weymann, E.: *Lexikon Musiktherapie*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag, 230-232.

Biermann, A./ Goetze, H. (2005): *Sonderpädagogik. Eine Einführung*.

Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Bruhn, H. (1996): *Musikpsychologie*.

In: Decker-Voigt, H.-H./ Knill, P. J./ Weymann, E.: *Lexikon Musiktherapie*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag, 241-245.

Bundschuh, K./ Heimlich, U./ Krawitz, R. (Hg.) (2007): *Wörterbuch Heilpädagogik*.

Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.

Bunt, L. (1998): *Musiktherapie. Eine Einführung für psychosoziale und medizinische Berufe*.

Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Decker-Voigt, H.-H. (2008): *Forschungsstand Musikmedizin und Musikpsychologie oder: „Das Gehirn hört mehr als die Ohren“*.

In: Decker-Voigt, H.-H./ Oberegelsbacher, D./ Timmermann, T.: *Lehrbuch Musiktherapie*. München: Ernst Reinhardt Verlag, 27-46.

Ertle, C./ Möckel, A. (Hrsg.) (1981): *Fälle und Unfälle in der Erziehung*.

Stuttgart: Ernst Klett Verlag.

Eschen, J. T. (1996): *Aktive Musiktherapie*.

In: Decker-Voigt, H.-H./ Knill, P. J./ Weymann, E.: *Lexikon Musiktherapie*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag, 5-6.

Fatke, R. (1995): *Fallstudien in der Pädagogik. Einführung in den Themenschwerpunkt.*

In: Zeitschrift für Pädagogik 41(5), 675-680.

Fornefeld, B. (2008): *Menschen mit Komplexer Behinderung. Klärung des Begriffs.*

In: Fornefeld, B. (Hg.): Menschen mit Komplexer Behinderung. Selbstverständnis und Aufgaben der Behindertenpädagogik. München: Ernst Reinhardt Verlag, 50-81.

Frank-Bleckwedel, E. M. (1996): *Rezeptive Musiktherapie.*

In: Decker-Voigt, H.-H./ Knill, P. J./ Weymann, E.: Lexikon Musiktherapie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag, 326-331.

Fröhlich, A. (1993): *Lebensräume – Lebensträume.*

In: Fröhlich, A. (Hrsg.): Lebensräume. Förderung und Lebensbegleitung schwerstbehinderter Menschen in Europa. Luzern: Ed. SZH, 9-19.

Fröhlich, A. (2003): *Mehrfache Schädigungen und schwerste Behinderungen.*

In: Leonhardt, A./ Wember, F. B. (Hrsg.): Grundfragen der Sonderpädagogik. Bildung-Erziehung-Behinderung. Weinheim, Basel, Berlin: Beltz Verlag, 661-683.

Fröhlich, A. (2010): *Communico.*

In: Maier-Michalitsch, N. J./ Grunick, G. (Hrsg.): Leben pur – Kommunikation bei Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben, 12-24.

Fröhlich, A./ Heinen, N./ Lamers, W. (Hrsg.) (2001): *Schwere Behinderung in Praxis und Theorie- ein Blick zurück nach vorn. Texte zur Körper- und Mehrfachbehindertenpädagogik.* Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben.

Fröhlich, A./ Simon, A. (2008): *Gemeinsamkeiten entdecken. Mit schwer behinderten Kindern kommunizieren.* Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben.

Fuchs, A. (1987): *Tendenzen der gegenwärtigen Musiktherapie unter Berücksichtigung des Geistigbehinderten.* Giessen: Institut für Heil- und Sonderpädagogik.

Goll, H. (2006): *Das Phänomen Musik in Gesellschaft und Therapie – Heilpädagogische Musiktherapie unter besonderer Berücksichtigung historischer Grundlagentexte.*

In: Theunissen, G./ Großwendt, U. (Hrsg.): *Kreativität von Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen. Grundlagen, Ästhetische Praxis, Theaterarbeit, Kunst- und Musiktherapie.* Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt, 181-203.

Hennig, B. (2011): *Interaktion und Kommunikation zwischen Menschen mit schwerster Behinderung und ihren Bezugspersonen: Aspekte des Gelingens.*

In: Fröhlich, A./ Heinen, N./ Klauß, T./ Lamers, W. (Hgg.): *Schwere und mehrfache Behinderung – interdisziplinär. Impulse: Schwere und mehrfache Behinderung. Band 1.* Oberhausen: Athena-Verlag, 273-297.

Julius, H./ Schlosser, R. W./ Goetze, H. (2000): *Kontrollierte Einzelfallstudien.* Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag.

Keller, W. (1971): *Das Orff-Schulwerk als musikalische Lebenshilfe.*

In: Wolfgart, H. (Hrsg.): *Das Orff-Schulwerk im Dienste der Erziehung und Therapie behinderter Kinder.* Berlin-Charlottenburg: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, 3-17.

Klauß, T. (2005): *Ein besonderes Leben. Grundlagen der Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Buch für Pädagogen und Eltern.* Heidelberg: Universitätsverlag C. Winter Heidelberg GmbH.

Klauß, T. (1999): *Ein besonderes Leben. Was Eltern und Pädagogen von Menschen mit geistiger Behinderung wissen sollten.* Heidelberg: Universitätsverlag C. Winter Heidelberg GmbH.

Klauß, T. (2011): *Schwere und mehrfache Behinderung – interdisziplinär.*

In: Fröhlich, A./ Heinen, N./ Klauß, T./ Lamers, W. (Hgg.): *Schwere und mehrfache Behinderung- interdisziplinär. Impulse: Schwere und mehrfache Behinderung. Band 1.* Oberhausen: Athena- Verlag, 11-39.

Koelsch, S./ Schröger, E. (2008): *Neurowissenschaftliche Grundlage der Musikwahrnehmung*.

In: Bruhn, H./ Kopiez, R./ Lehmann, A. C. (Hg.): Musikpsychologie. Das neue Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag, 393-412.

Kopiez, R. (2008): *Wirkungen von Musik*.

In: Bruhn, H./ Kopiez, R./ Lehmann, A. C. (Hg.): Musikpsychologie. Das neue Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag, 525-545.

Kopiez, R./ Lehmann, A. C./ Bruhn, H. (2008): *Musikpsychologie als Disziplin*.

In: Bruhn, H./ Kopiez, R./ Lehmann, A. C. (Hg.): Musikpsychologie. Das neue Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag, 665-672.

Kreutz, G. (2008): *Musik und Emotion*.

In: Bruhn, H./ Kopiez, R./ Lehmann, A. C. (Hg.): Musikpsychologie. Das neue Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag, 548-572.

Lamnek, S. (1995): *Qualitative Sozialforschung. Band 1. Methodologie*. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.

Lamnek, S. (2010): *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Mall, W. (2001): *Basale Kommunikation – Sich begegnen ohne Voraussetzungen*.

In: Fröhlich, A./ Heinen, N./ Lamers, W. (Hrsg.): Schwere Behinderung in Praxis und Theorie- ein Blick zurück nach vorn. Texte zur Körper- und Mehrfachbehindertenpädagogik. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben, 223-234.

Mall, W. (2008): *Kommunikation ohne Voraussetzungen mit Menschen mit schwersten Beeinträchtigungen. Ein Werkheft*. Heidelberg: Universitätsverlag Winter Heidelberg GmbH.

Melstedt, E. (1997): *Laß mich musizieren!*

In: Fröhlich, A./ Bienstein, C./ Haupt, U. (Hrsg.): Fördern - Pflegen - Begleiten. Beiträge zur Pflege- und Entwicklungsförderung schwerst beeinträchtigter Menschen. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben, 121-131.

Meyer, H. (2009): *Gefühle sind nicht behindert. Musiktherapie und musikbasierte Kommunikation mit schwer mehrfach behinderten Menschen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Meyer, H. (2010): *Komponisten mit schwerer Behinderung. Fallgeschichten aus der Musiktherapie*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg (2009): *Bildungsplan für die Schule für Geistigbehinderte*. Stuttgart.

Müller, K.-B. (2001): *Integrale Musik in der Heilpädagogik. Ein Modell von Musik zwischen Schule und Therapie*.

In: Müller, K.-B.: Musik als Begleiterin behinderter Menschen. Luzern: Edition SZH/SPC, 13-56.

Nicklas-Faust, J. (2011): *Schwere und mehrfache Behinderung- Medizinische Aspekte*.

In: Fröhlich, A./ Heinen, N./ Klauß, T./ Lamers, W (Hgg.): *Schwere und mehrfache Behinderung- interdisziplinär. Impulse: Schwere und mehrfache Behinderung*. Band 1. Oberhausen: Athena- Verlag, 61-86.

Niehoff, D. (2007): *Basale Stimulation und Kommunikation*. Troisdorf: Bildungsverlag EINS GmbH.

Oberegelsbacher, D. (2008): *Definition*.

In: Decker-Voigt, H.-H./ Oberegelsbacher, D./ Timmermann, T.: *Lehrbuch Musiktherapie*. München: Ernst Reinhardt, 18-20.

Oberegelsbacher, D./ Timmermann, T. (2008): *Forschungsstand Musiktherapie*.

In: Decker-Voigt, H.-H./ Oberegelsbacher, D./ Timmermann, T.: *Lehrbuch Musiktherapie*. München: Ernst Reinhardt. S. 27-36

Orff, G. (1990): *Schlüsselbegriffe der Orff-Musiktherapie. Darstellung und Beispiele*. München: Psychologie Verlags Union.

Petersen, P. (1996): *Sinneswahrnehmung*.

In: Decker-Voigt, H.-H./ Knill, P. J./ Weymann, E.: Lexikon Musiktherapie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag, 339-341.

Pfeffer, W. (1988): *Förderung schwer geistig Behinderter. Eine Grundlegung*. Würzburg: Edition Bentheim.

Plahl, C./ Koch-Temming, H. (2005): *Musiktherapie mit Kindern. Grundlagen - Methoden - Praxisfelder*. Bern: Verlag Hans Huber.

Schönberger, F. (1974): *Körperbehinderungen – Ein Gutachten zur schulischen Situation körperbehinderter Kinder und Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland*.

In: Deutscher Bildungsrat (1974): Gutachten und Studien der Bildungskommission. Band 35. Stuttgart: Ernst Klett, 199-279.

Smeijsters, H. (1999): *Grundlagen der Musiktherapie*. Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag.

Spintge, R. (1992): *Musik-Medizin. Physiologische Grundlagen und praktische Anwendungen*. Stuttgart, Jena, New York: Gustav Fischer Verlag.

Spitzer, M. (2002): *Musik im Kopf. Hören, Musizieren, Verstehen und Erleben im neuronalen Netzwerk*. Stuttgart: Schattauer GmbH.

Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung (Hrsg.) (2010): *Unterricht und Förderung von Schülern mit schwerer und mehrfacher Behinderung*. München: Verlag Ernst Reinhardt.

Stoffer, T. (2008): *Kurze Geschichte der Musikpsychologie*.

In: Bruhn, H./ Kopiez, R./ Lehmann, A. C. (Hg.): Musikpsychologie. Das neue Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag, 655-663.

Theilen, U. (2004): *Mach Musik! Rhythmische und musikalische Angebote für Menschen mit schwerer Behinderung*. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Timmermann, T./ Oberegelsbacher, D. (2008): *Praxisfelder und Indikation*.

In: Decker-Voigt, H.-H./ Oberegelsbacher, D./ Timmermann, T.: *Lehrbuch Musiktherapie*. München: Ernst Reinhardt, 21-26.

Van Deest, H. (1997): *Heilen mit Musik. Musiktherapie in der Praxis*. München: Deutscher Taschenbuchverlag.

Wachsmuth, S. (2010): *Körpersprachliche Kommunikation bei Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen*.

In: Maier-Michalitsch, N. J./ Grunick, G. (Hrsg.): *Leben pur – Kommunikation bei Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen*. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben, 58-71.

Watzlawick, P./ Beavin, J. H./ Jackson, D. D. (2007): *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*. Bern: Verlag Hans Huber.

Wendeberg, F. (2010): *Mit Musik in Kontakt kommen – Kommunikationsanbahnung bei Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen über Hören und Spüren von Musik*.

In: Maier-Michalitsch, N. J./ Grunick, G. (Hrsg.): *Leben pur- Kommunikation bei Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen*. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben, 215-234.

Literatur und Quellen aus dem Internet:

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (1999): *Intelligenzminderung nach ICD-10*.

Online verfügbar unter:

<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl/fr-icd.htm?gf70.htm>+
[eingesehen am: 30.12.2011]

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2005a):
Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit.

Online verfügbar unter:

http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endfassung/icf_endfassung-2005-10-01.pdf

[eingesehen am: 07.12.2011]

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2005b):
Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit.

Online verfügbar unter:

<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm>

[eingesehen am: 04.01.2012]

Georg Thieme Verlag KG (2008): *Was ist das Lennox-Gastaut-Syndrom?*

Online verfügbar unter:

<http://www.lennox-gastaut.de/Was-ist-das-Lennox-Gastaut-Syndrom.182.0.html>

[eingesehen am: 30.12.2011]

Kölner Dysphagiezentrum (2011): *Was ist Dysphagie/Schluckstörung?*

Online verfügbar unter:

<http://www.dysphagiezentrum.de/dysphagie.html>

[eingesehen am: 30.12.2011]

Mayring, P. (2001): *Kombination und Integration qualitativer und quantitativer Analyse.* Forum Qualitative Sozialforschung/ Forum Qualitative Social Research, 2(1), Art.6

Online verfügbar unter:

<http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/967>

[eingesehen am: 25.01.2012]

Mall, W. (2010): *Basale Kommunikation nach Winfried Mall®. Kommunikation ohne Voraussetzungen mit Menschen mit schwersten Beeinträchtigungen.*

Online verfügbar unter:

http://www.winfried-mall.de/basale-kommunikation.de/bk_literatur.html

[eingesehen am: 27.01.2012]

Anhang

Anhang 1: Transkription Interview 1	90
Anhang 2: Transkription Interview 2	93
Anhang 3: Transkription Interview 3	99
Anhang 4: Tabellarische Übersicht der Beobachtung 1	103
Anhang 5: Tabellarische Übersicht der Beobachtung 2	106
Anhang 6: Tabellarische Übersicht der Beobachtung 3	109

Anhang 1:

**Interview 1 mit dem Musiktherapeuten Herr F. von Andreas am 30.11.2011 im Rahmen
der Wissenschaftlichen Hausarbeit**

**„Die Wirkung von Musik auf Schülerinnen und Schüler mit schwerer Behinderung.
Eine Einzelfallstudie zur Anwendung musikalischer Elemente in der Kommunikations-
förderung.“**

I.: Nach welchem Ansatz arbeiten Sie hier in der Musiktherapie?

F.: Ich arbeite nach entwicklungsorientierter Musiktherapie nach Karin Krummacher.

**I.: Und welche musikalischen Elemente werden da in der Therapie aufgegriffen? Welche
Instrumente?**

F.: Instrumente? Die sehen Sie ja hier. Wichtigste Instrumente sind bei mir die Stimme, Klavier und Gitarre und dann gibt's natürlich noch viele andere Instrumente, die aber schon seit einer Weile, die sehr wichtig sind, aber die eine untergeordnete Rolle spielen.

I.: Ok. Und...

F.: Und die musikalischen Elemente, greife ich auf, also ich mache, kann man schlecht sagen, ich, sie meinen damit, was ich für Musik benutze so?

I.: Hmh.

F.: Die Musik die mir in den Kopf kommt, die Musik, die mich geprägt hat, und ich greife Äußerungen von den Bewohnern und ihren Rhythmus gehen oder wer den Atemrhythmus auch und mach daraus Musik.

I.: Das heißt, es gibt nicht vor der Therapiesitzung kein fertiges Programm sondern Sie nehmen das was von den Schülerinnen und Schülern kommt auf und setzten es um?

F.: Ja.

I.: Wie beginnen Sie so eine Therapiesitzung? Also wie...

F.: Also wir sitzen nicht. Oft, normalerweise beginnt es schon mit dem Weg. Es ist sehr schön, also für mich ist es sehr gut miteinander unterwegs zu sein, dann kann man sich schon ein bisschen aneinander gewöhnen, dann krieg ich schon sehr viel von demjenigen mit oder derjenigen. Und dann gibt es meistens ein Begrüßungslied, es gibt nur dann keins, also manchmal findet das schon unterwegs statt, manchmal hier im Therapieraum, es gibt nur dann keins, wenn wir im Prinzip gleich mitten in der Aktion sind. Dann und dieses Begrüßungslied dann die Aktion unterbrechen würde und, weil das ist nicht der Sinn der Sache.

**I.: Und wie beschreiben Sie allgemein die Wirkung von der Musik auf die Schüler?
Können Sie da so ganz im Groben, ich mein, man muss ja jeden Schüler individuell be-**

trachten, aber können Sie da ganz allgemein eine Beobachtung äußern. Wie die aufgenommen wird oder angenommen wird?

F.: Wie sie auf- und angenommen wird ist individuell unterschiedlich und es kommt immer darauf an, ja, was ich mache, wie die Laune ist. Wie die Wirkung ist, war die Frage auch?

I.: Hmh.

F.: Ja die Wirkung, die kann natürlich unterschiedlich sein. So unterschiedlich wie Musik sein kann und wie Menschen sein können. Insgesamt würde ich sagen ist die Wirkung ganz hervorragend, weil die Musik eben, ja die ist im Prinzip das Medium, über das ich mich ausdrücke, über das wir, also im Prinzip die Brücke geschlagen wird, so wie der Ton vom Töpfer, so ist es die Musik. Nur das man sie nicht sehen kann, sondern hören und dass sie auch gleich, wenn man sie gehört hat, nicht mehr zu hören ist. Und bei der Musik wirken halt unterschiedliche, also so sehr basale, sehr menschliche, Faktoren mit wie der Rhythmus und Harmonien. Harmonie und Melodie kommen noch dazu. Aber der Rhythmus, ja und der Rhythmus ist halt sehr basal, also den hat jeder ja durch den Puls, durch den Atemrhythmus, also durch den Rhythmus des Herzes, das Jahr hat seinen Rhythmus, die Woche, der Tag. Dadurch ist es sehr elementar. Und dadurch kann die Musik ebenso elementar wirken. Sie kann alles ausdrücken, würde ich mal sagen. Und kann auch alles falsch machen, klar.

I.: Gibt, also, beobachten Sie wenn die Schülerinnen und Schüler oder die Kinder und Jugendliche, ich weiß nicht, arbeiten Sie auch mit Erwachsenen?

F.: Ja.

I.: Wenn die hier raus gehen, spüren Sie dann eine Veränderung bei denen? Eine emotionale Veränderung?

F.: Also das krieg ich öfters dann gesagt. Ja es kommt ja darauf an, ich mache Musik, ich mache Musiktherapie als eine Form von Psychotherapie und normalerweise kommen die alle sehr gerne, also sag ich einfach so und es ist auch so, es gibt natürlich auch Ausnahmen, es gibt Phasen, ja die kritisch sind oder so, aber also das gehört ja auch immer dazu. Jetzt am Montag hat jemand gesagt, also ich krieg das manchmal als Rückmeldung, sonst wie das jemand anders raus geht als er rein kommt, fällt mir im Moment nichts zu ein. Ist bestimmt auch so, also dass ich selber beobachte. Aber am Montag kam eine der anderen in der Gruppe auch, der nur schlecht, er kann nur sehr, sehr schlecht gehen, der ist halt, konnte besser früher, der ist in sich aber sehr musikalisch halt. Er hat früher sehr gut singen können und das kann er aber nicht mehr, weil sich das irgendwie so abgebaut hat im Körper oder im Gehirn, auf jeden Fall die Funktion, die Möglichkeit hat er nicht mehr und dann hat mir der Mitarbeiter gesagt, dass immer wenn er ihn von der Klangreise abholt, dann wird der Andi viel besser, das hat

mich total gewundert. Und normalerweise, und sehr erfreut, das hab ich aber, damit habe ich nicht gerechnet. Und, ja also sonst sind die, die Entwicklungen sind ja manchmal auch innerhalb von einer Stunde, aber sonst sind die erstrecken sich die Entwicklungen über längere Zeiträume.

I.: Also das eine Veränderung über mehrere Monate dann erst später sich bemerkbar macht.

F.: Jaja.

I.: Und jetzt gerade in Bezug auf Menschen mit einer Schwermehrfachbehinderung, mit denen arbeiten Sie ja auch, oder?

F.: Ja, nicht schwerpunktmäßig. Ja die werden dann, die werden oft dann, ja über die Musik kann ich sie sehr viel ansprechen, irgendwie bringt, ich denk mal das in denen was zum Schwingen kommt, zum Klingen und dann werden sie aktiver und äußern sich selber mit ihrer Stimme zum Beispiel.

I.: Also kann man sagen, dass da musikbasierte Dialoge zustande kommen?

F.: Jaja, natürlich.

I.: Mit den Schwerstmehrfachbehinderten?

F.: Ja, ja.

I.: Und nehmen Sie da zum Beispiel auch auf, wie sie die Augen auf und zu machen oder auf was agieren Sie?

F.: Eine. Es ist ja ein, gerade bei den Leuten ist eine sehr genaue, aber auch sonst genauso, ist eine Beobachtung sehr, sehr wichtig. Dass ich die Zeichen, also die die Reaktionen, die sie zeigen, mitbekommen und dann rechtzeitig darauf reagieren kann. Und danach die Musik ausrichten kann. Wenn ich Stresszeichen sehe, dass ich dann das was ich mache normalerweise, eben nicht übertreibe, das ich damit möglichst rechtzeitig, also dass ich möglichst rechtzeitig damit aufhöre und dann was anderes, also die Musik ändere. Den Rhythmus.

I.: Vielen Dank schon mal bis hier hin.

F.: Ja.

Anhang 2:

**Interview 2 mit dem Musiktherapeuten Herr F. von Andreas am 14.12.2011 im Rahmen
der Wissenschaftlichen Hausarbeit
„Die Wirkung von Musik auf Schülerinnen und Schüler mit schwerer Behinderung.
Eine Einzelfallstudie zur Anwendung musikalischer Elemente in der
Kommunikationsförderung.“**

I.: Wie alt ist A.?

F.: Das guck ich gleich nach.

I.: Ok.

F.: Er ist ungefähr 20.

I.: Mhm. Und können Sie seine Behinderung beschreiben oder wie sich die Behinderung für Sie in der Musiktherapie zeigt?

F.: Also ich bin einer, der nicht so viel mit Diagnosen arbeitet, sondern erst mal guckt, was für ein Mensch ist da und wie, was macht er, was bietet sich an, was kann ich aufnehmen. Und, darum weiß ich jetzt bei seiner, bei ihm keine Diagnose auswendig. Er ist ja auch in der Gruppe im Freizeitbereich und natürlich hab ich bei allen Einzeltherapien die Diagnosen, aber bei den Gruppen, die ich mache, da ist es unterschiedlich, aber normalerweise brauch' ich da keine Diagnosen, um mit denen zu arbeiten. Ich kann es aber nachgucken.

I.: Ja. Verfügt A. über gesprochene Sprache und Sprachverständnis?

F.: Das ist eine sehr gute Frage. Da ist A. eher ungeeignet dafür, da kann ich jetzt ganz wenig nur antworten. Ich glaube, er verfügt über Sprachverständnis und ich glaube er verfügt nicht über gesprochene Sprache.

I.: Welche Kommunikationsform von ihm in der Gruppetherapie nehmen Sie auf? Welche Äußerungen von ihm, also damit meine ich so etwas wie Körperbewegung oder Lallen?

F.: Gruppen oder was?

I.: Oder Lallen.

F.: Ich habe es nur akustisch nicht- Lallen, ach so.

I.: Laute...

F.: Er gibt ja, ich weiß nicht, ob er, ich hab es heute nicht gesehen, aber ich hab gedacht, er hätte einmal was von sich gegeben. Stimmt, ne? So relativ ungefähr bei dreiviertel, also als wir mit 80% ungefähr durch waren, von der Zeit her. Kann das sein?

I.: Mhm...

35 **F.:** Und ich kann natürlich meine Augen nicht immer überall haben und welche Laute, also
36 ich nehme, wenn möglich alles auf. Wenn möglich... Ist nicht möglich, ne? Es gab zwischen-
37 durch einmal eine kurze, das war auch ungefähr um die Zeit, da war's, da war irgendwie
38 ziemlich viel drin, ziemlich viele Laute gleichzeitig. Und von ihm, ich hab auch schon erlebt,
39 dass er ganz viel Lautiert hat, ich kenn von ihm nur Lautieren. Ich orientiere mich in erster
40 Linie an den Lauten in der Gruppe, die die Leute von sich geben. Und auch manchmal an den
41 Bewegungen, an den körperlichen Bewegungen, aber im Zweifelsfall mehr, würde ich sagen,
42 dass ich mehr von den Lauten aufnehme.

43 **I.: Ist A. eher ein Zurückhaltender in der Gruppe oder hat er einen hohen Mitteilungs-**
44 **bedarf?**

45 **F.:** Das ist sehr, das ist eine sehr relative Frage, weil das sollte man unabhängig vom Grad der
46 Behinderung beantworten. Und also ich glaube er hat schon Mitteilungsbedürfnisse, aber ich
47 glaube, er kann, verfügt nicht immer so über die, glaube ich, über die Spannung, die er
48 braucht um ständig lautieren zu können. Der A. war jetzt auch wieder, ich war hinterher noch
49 bei ihm, der war ziemlich, also er schwitzt oft, weil er so aktiv ist und ich glaube seine Haut
50 war relativ feucht und es ist ja auch eine Art und Weise sich, also da, da zeigt man ja auch
51 was, oder also wenn man aktiv ist, diese Mitteilungsbedürfnis, da hattest du nach gefragt, o-
52 der?

53 **I.: Ja...**

54 **F.:** Ja, ich war mir nicht mehr ganz sicher. Das zeigt sich meiner Meinung nach auch über so
55 was mit. Er war ja sehr, sehr, sehr viel aktiv und ich glaube, es war ab dem ersten Ton, den
56 ich gespielt hab, der noch nicht mal gepasst hat, war er doch aber ruhig.

57 **I.: Ja, es war vor allem auffallend, dass er am Anfang ja fast geweint hat oder zumindest**
58 **geschrien hat, und als die Musik eingesetzt hat war er ruhig.**

59 **F.:** Wie nochmal, ich war abgelenkt, was hattest du nochmal gesagt?

60 **I.: Ah ja, ich hatte gesagt, dass er am Anfang ja sehr, eher unzufrieden ausgesehen hat,**
61 **von der Mimik und auch von seinem Lautieren her und dann ganz ruhig wurde, als die**
62 **Musik eingesetzt hat.**

63 **F.:** Ja, das ist oft, in der letzten Zeit oft so gewesen, dass er oder öfter mal, nicht oft, aber,
64 auch oft ist relativ, also es kommt vielleicht jedes zweite, dritte Mal vor dass er vorher ir-
65 gendwas, wie Unzufriedenheit ausdrückt, vielleicht ist es auch einfach seine Möglichkeit zu
66 sagen, "Jetzt fang doch an!" oder einfach so ein bisschen rummeckern, dann das zu kriegen,
67 was er möchte. Und die wollten ihn auch schon mal da nicht bringen, weil er auf der Gruppe
68 unzufrieden gewesen war, und es ziemlich laut war, aber es hat sich immer dann, also nicht so

69 schlagartig mit dem ersten Ton, war so oder? Ich hab dann ein 'd' oder ein 'c' gespielt und, da
70 war er sofort ruhig auf jeden Fall hat er dann keine Laute mehr von sich gegeben. Und das
71 war, hat sich manchmal auch schon ein bisschen länger gehalten und er hat auch schon ganz,
72 ganz schön gelacht und ganz viel Laute von sich gegeben.

73 **I.: Heute auch.**

74 **F.:** Also auch positive.

75 **I.: Heute hat er einmal auch gelacht.**

76 **F.:** Ja, ich hab zweimal so ansatzweise oder so, aber damals war's dann richtig länger, da
77 kommt ja ganz vieles rein, wie wohl er sich fühlt dann an dem Tag und wie ausgeglichen er
78 ist und bei den Leuten, die über so eine PEG-Sonde ernährt werden, da ist einfach, die Leben
79 so körperlich am Limit irgendwie, wenn die dann nicht genug kriegen, also der Alex ver-
80 braucht ja ganz viel durch seine körperliche Aktivität. Naja, dann geht's ihm nicht gut gleich,
81 das geht bei ihm an die Existenz irgendwie. Ja, da sind wir viel besser abgepuffert.

82 **I.: Haben Sie schon, jetzt waren wir ja gerade während der Musiktherapie, welche Emo-**
83 **tionen er äußert, wissen sie von den Betreuern, wie es ihm nach der Musiktherapie geht,**
84 **ob es noch eine Auswirkung hat auf den späten Nachmittag?**

85 **F.:** Hab ich noch nicht gefragt. Also es ist ja auch, sonst, bei Einzeltherapien weiß ich das
86 natürlich, und tausch mich darüber aus und das ist oft so, dass sie eben danach, dass es ihnen
87 viel besser, ausgeglichen sind oder besser, also in einem besseren Zustand als vorher,
88 manchmal, ganz selten kommt es auch vor, dass es ihnen danach kurze Zeit erst nicht so gut
89 geht. Also weil die Musiktherapie, also Therapie ist ein Raum wo man regredieren kann, wo
90 man was sagen, was äußern, was tun kann und sollte, was in einem drinnen ist, was man sonst
91 nicht so kann. Und es gibt aber, also meistens ist es eher so, dass sie bei mir auch dann Sa-
92 chen zeigen, die während in der Musiktherapie, die sie sonst nicht zeigen können.

93 **I.: Wie lang besucht er schon die Musiktherapie?**

94 **F.:** A. ist ja noch gar nicht so lange da. Kann ich auch nachgucken. Der hat erst, der war stän-
95 dig krank, weil er irgendwas, dann ist er, dann haben die beim Operieren irgendein Fehler
96 gemacht, und sind dadurch auf die eigentliche Ursache aufmerksam geworden. Es war also
97 ein Glücksfall für ihn, also er war glaub ich sehr, sehr infekтанfällig oder so und immer wie-
98 der oder immer wieder was war und man konnte oder wusste nicht was und er hat immer
99 Schmerzen gehabt. Und das ist viel besser geworden. Aber durch die Operation allein und das
100 ist ja auch, dadurch kann er viel besser, unbeschwerter am Leben teilnehmen. Ja.

101 **I.: Wer entscheidet oder wer hat entschieden, dass A. in die Musiktherapie kommt?**

102 **F.:** Das sind jetzt so musiktherapeutische Fragen, also das ist, das ‚Kling-Klang‘ ist ein mu-
103 siktherapeutisches Angebot im Freizeitbereich. Und da, also da wird, da kann er einmal im
104 Jahr angemeldet werden, von den, normalerweise von den Gruppenmitarbeitern, wenn ich
105 jemand weiß, den ich gerne drin haben möchte, dann melde ich die selbstverständlich auch an
106 und die Leute können sich auch, haben auch die Möglichkeit selber und die das so äußern
107 können, sich anzumelden, und werden natürlich auch gefragt, zum Teil, und dann wird sich
108 entscheiden, zu, bei dem. Ich krieg immer ´ne Liste und dann guck ich, ob das in Ordnung
109 geht, oder nicht. Also wenn er jetzt, da können ja nicht so viele mit Verhaltensauffälligkeiten
110 rein, in das Angebot, Rollstuhlleute könnten ja gut und gerne noch welche dazu, das wäre
111 kein Problem. Das entscheide ich im Prinzip, das kann ich entscheiden mit anderen, also
112 manchmal stimmen wir das ab, wenn die unterschiedlichen Angebote angemeldet sind dann,
113 was wir meinen, was das Sinnvollste ist. Und sonst bei Therapien wird bei uns auch einmal
114 im Jahr angemeldet und aber ich hab für Einzeltherapien nur zwei, drei, vier Plätze im Jahr
115 frei, weil die in der Regel zwei drei Jahre gehen, die Einzeltherapien, und dann wird das zu-
116 sammen mit Heilpädagogik und Psychologie ausgeschrieben und auch abgestimmt und dann,
117 ja, gucken wir, wer wie viel Plätze hat und wenn das dann geht, dass jemand für die Musik-
118 therapie angemeldet ist, dann kommt er in die Musiktherapie und oft aber ich hab immer mehr
119 Absagen, viel mehr Absagen als Anmeldungen, die anderen auch und letztlich kann ich sagen,
120 ob ich will mit jemand oder nicht. Also das ist auch logisch, wenn das nicht geht. Wir machen
121 immer eine Probezeit und wenn sich dann zeigen sollte, dass da stimmt die Chemie nicht
122 oder so - das ist noch nie vorgekommen- es war manchmal ein bisschen grenzwertig, aber
123 dann ist die Herausforderung halt größer. Dann kann ich das, dann kann ich das auch sagen
124 nein.

125 **I.: Welches ist das langfristige Ziel der Förderung oder der Musiktherapie mit A.?**

126 **F.:** Ich hab bei allen Therapien, gibt es, machen wir, erstellen wir eine Therapievereinbarun-
127 gen mit Anlässen mit eigentlich kommen rein, die Ziele kommen rein, die Maßnahmen, die
128 Instrumente, die Methoden. Das ist jetzt ein Angebot im Freizeitbereich und da könnte man
129 schon sagen, das Ziel hier in der Gruppe ist, miteinander was zu erleben, sich als Gruppe zu
130 erleben, Spaß zu haben, aber auch das Negative auszudrücken, wenn das das Bedürfnis ist,
131 miteinander an der Musik zu arbeiten.

132 **I.: Wenn Sie sagen, etwas auszudrücken, geht es ja schon auch um ja, um sich mitteilen,**
133 **und um Kommunikation.**

134 **F.:** Selbstverständlich, es ist das Ziel, dass die Leute ja, ich leg´s nicht darauf, ich wüsste
135 nicht, wie ich das machen sollte, ich hoffe, dass die manchmal merken die genau, dass, also

136 die merken das wahrscheinlich mehr, aber manchmal nehmen die Leute das Angebot mehr an,
137 manchmal weniger. Vielleicht liegt's daran, dass ich weniger oder mehr einladend spiele, ich
138 habe keine Ahnung. Je nachdem, wie, wie es denen geht, ob sie sich einbringen möchten oder
139 nicht. Das Ziel ist auch, aber es ist wichtig, also grad, also grundsätzlich in der Therapie, die
140 Leute machen das freiwillig und es wird niemand zu etwas gezwungen. Ich kann sowieso kei-
141 ne Entwicklung erzwingen, wenn ich jemand was aufdränge, was ihm nicht entspricht, dann
142 hat das keinen Wert, dann geht es wieder verloren oder es hat einen negativen Einfluss. Und
143 die können das Angebot annehmen, sie können auch schlafen, wenn sie möchten und oder
144 sich berieseln lassen, ich weiß nicht, wie die Leute das unterschiedlich wahrnehmen, das ist
145 sehr unterschiedlich glaub ich, das können wir gar nicht so beurteilen. Durch diese unter-
146 schiedlichen Behinderungen, was die davon wahrnehmen, wie sie es wahrnehmen, ja.

147 **I.: A., so wie ich es mitbekommen habe, kommt einmal in der Woche im Normalfall in**
148 **die Therapie. Wie schätzen Sie das ein? Genügt das einmal die Woche oder sollte das**
149 **öfter sein?**

150 **F.:** Also bei den Einzeltherapien ist es normalerweise gut einmal in der Woche, zweimal in
151 der Woche wäre auch nicht schlecht, bei Gruppen, es kommt sehr auf die Gruppe an, auf die
152 Intensität, darauf welche Leute und wie viel Leute da drin sind, normalerweise finde ich, ein-
153 mal in der Woche ist ein ganz guter Rhythmus, es ist jetzt Freizeitbereich, es wäre schön, man
154 könnte es mit Sicherheit mehrmals in der Woche stattfinden lassen und, es wär, dann würde
155 es mehr bringen. Aber ich mache in dem Sinne, jetzt in dem Angebot nicht ernstzunehmende
156 Therapie. Die Ziele sind nicht, sind keine, sind schon therapeutische Ziele auch, aber die sind
157 nicht so hochgesteckt.

158 **I.: Ok. Ja, dann...**

159 **F.:** Dafür ist die Gruppe zu groß. Ich kann, weil alle da sind, kann ich mich langsam, also
160 kann ich mich den Leuten nicht so speziell widmen. Wer sich einbringt, kriegt was.

161 **I.: Ja, gibt es noch irgendwas zu A., worüber wir jetzt noch nicht gesprochen haben?**

162 **F.:** Würd ich sagen, nein. Ich kenn ihn nur von der Klangreise, quatsch, vom Kling-Klang, ja.

163 **I.: Ok. Haben Sie einen Vorschlag, wie musikbasierte Kommunikation oder der Aus-**
164 **tausch mit Musik in der Schule von Pädagogen aufgegriffen werden kann? Also von**
165 **Personen, die mit Menschen mit Behinderung arbeiten, aber eben nicht diese spezielle**
166 **Musikausbildung haben?**

167 **F.:** Das, ich weiß nicht, ja, indem man auch überhaupt Musik mehr einsetzt, indem man auch,
168 man kann viel mehr, könnte mehr bei der Arbeit singen, also auch, wenn man pflegerische
169 Arbeiten oder so hat, das könnte man schon in den Alltag auch einbringen, dann würden sie,

170 würden die Leute mit Sicherheit davon profitieren, das würde bestimmt intensiver werden,
171 glaub ich.

172 **I.: Und welche Instrumente empfehlen Sie da, wenn man nicht sehr gut Klavier spielen**
173 **kann?**

174 **F.:** Die Stimme ist das wichtigste Instrument, man kann immer mit jemandem singen, auch
175 klatschen aber auch wenn man mit den Händen was schafft, hat man trotzdem noch die Stim-
176 me frei und da kann man immer was machen. Aber da hat sich mehr so der Hansjörg Meyer,
177 der macht ja auch musikbasierte Kommunikation und da hat der auch glaube ich ganz gute
178 Sachen darüber geschrieben, die ich ab er nicht so gut kenne. Ich hab das zwar nicht gelesen,
179 aber die Fortbildung war gut.

180 **I.:** [...]

181 **F.:** [...]

182 **I.: Dann vielen Dank für das Interview, für Ihre Offenheit.**

183 **F.:** Klar, gern geschehen! Kann auf jeden Fall ganz schnell nachgucken, wie alt er ist, ob ich
184 jetzt die Diagnose noch so schnell rauskrieg, ist ´ne andere Frage.

185 **I.: Nein, das ist in Ordnung. Wenn Sie mir noch sagen könnten, seit wann er in der Mu-**
186 **siktherapie ist?**

187 **F.:** Ja.

188 **I.: Das wär prima.**

189 **F.:** Klar.

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

Anhang 3:

**Interview 3 mit dem Klassenlehrer Herr R. von Andreas am 14.12.2011 im Rahmen der
Wissenschaftlichen Hausarbeit**

**„Die Wirkung von Musik auf Schülerinnen und Schüler mit schwerer Behinderung.
Eine Einzelfallstudie zur Anwendung musikalischer Elemente in der
Kommunikationsförderung.“**

I.: Wie alt ist A.?

R.: A. ist zwanzig, Ich gucke zur Sicherheit nochmal geschwind nach. Nein, er ist einundzwanzig jetzt. Er hat im November Geburtstag gehabt und ist jetzt 21 Jahre alt.

I.: Ok. Und welche Behinderung oder/ und Erkrankung hat er genau?

R.: Können Sie mal geschwind stoppen?

I.: Ja.

[...]

R.: Jetzt. Der A. ist als Zwillingskind geboren, ein Kind gesund und er ist behindert geboren und hat spastische Symptome, Anfälle, starke Skoliose, körperbehindert, kann nicht gehen, kann nicht sehen, kann nicht sprechen. Wie die medizinische Ausdrücke heißen, weiß ich gerade nicht.

I.: Weiß man die Ursache davon? War das bei der Geburt oder schon im Mutterleib?

R.: Das war sicherlich im Mutterleib. Weil ein Kind ist das dominante gewesen und das andere ist ziemlich behindert geworden dann. Sieht man ja.

I.: Wie würden sie die Behinderung beschreiben, das heißt wie zeigt sie sich im Alltag und in der Schule?

R.: Also der A. ist immer auf fremde Hilfe angewiesen, er ist immer im Rollstuhl bzw. muss rausgenommen werden und gelagert werden. Und unser oberstes Ziel ist eigentlich, der A. soll sich wohlfühlen. Ja, er hat halt öfters Schmerzen, durch seinen Spasmus und durch die starke Skoliose am Rücken, und es ist halt notwendig, dass man ihn öfters in eine andere Lage bringt, dass er nicht immer im Rollstuhl sitzt mal Seitenlagerung, mal Rückenlagerung oder in die Bauchschale. Nur so kann er sich dann wohlfühlen, dass er schmerzfrei ist, relativ schmerzfrei.

I.: Und das machen immer Sie?

R.: Also in der Schule mach das immer ich, also er bekommt noch 3 Stunden Physiotherapie in der Schule und die andere Zeit machen's die Mitarbeiter in der Heimgruppe.

I.: [...] Wo wohnt er, zu Hause, bei der Familie oder in einer Wohngruppe?

35 **R.:** Also er wohnt in einer Wohngruppe im S., das ist eine spezielle Gruppe für schwermehr-
36 fachbehinderte Bewohner und da ist auch das Personal extra ausgebildet. Es sind in der Regel
37 Kinderkrankenschwestern, die dort arbeiten. Die auch von Medizin eine Ahnung haben.

38 **I.: Zur Schule. Welche Klasse besucht er, wie heißt die Klasse?**

39 **R.:** Die nennt sich Berufsschulstufe und da ist das jetzt die B5, nennt sich das. Er kann maxi-
40 mal, also nach diesem Schuljahr noch einmal, noch ein Jahr zur Schule gehen, dann ist seine
41 Schulzeit rum.

42 **I.: Was wird dann auf ihn zukommen? Oder was für Möglichkeiten gibt es dann für**
43 **ihn?**

44 **R.:** Also ich seh' für den A. nur die Möglichkeit, dass er im S. in die Tagesförderstätte geht,
45 beschützende Werkstatt fällt total aus, wenn man ihn sieht. Er kann willentlich nichts oder
46 fast gar nichts machen und bevor er dann den ganzen Tag im Heim wäre, wäre die Tagesför-
47 derstätte eine Abwechslung im Tagesablauf. Dass der Tag Struktur hat, aufstehen, raus, Ta-
48 gesförderstätte. Ja, dort auch wieder Lagern und ihm einfach Gutes tun, dass er sich
49 wohlfühlt.

50 **I.: Seit wann besucht er die Schule?**

51 **R.:** Also das weiß ich jetzt nicht ganz genau, er war ja vorher bis vor ungefähr 3 Jahren, 4
52 Jahren war er in einer andern Schule, in M. Und da hat er noch zu Hause gewohnt.

53 **I.: Auch eine Geistigbehindertenschule?**

54 **R.:** Ja. Und die Eltern haben es dann einfach physisch und psychisch nicht mehr geschafft.
55 Und haben ihn dann schweren Herzens ins Heim gegeben.

56 **I.: Nach welchen Bildungsplan wird unterrichtet, bzw. wie schätzen Sie seine kognitiven**
57 **Leistungen ein?**

58 **R.:** Er wird nach Bildungsplan der Schule für geistig Behinderte unterrichtet, seine kognitiven
59 Fähigkeiten, denk ich, sind vergleichbar mit einem 3 Monate alten Kind, wenn er sich wohl-
60 fühlt lächelt er, fühlt er sich nicht wohl oder hat er Schmerzen, weint er. Und er kann noch
61 entscheiden, ob er ein Essen mag oder nicht, er kann den Mund zu machen oder den Kopf
62 wegdrehen beim Essen geben. Das sind so kognitive Fähigkeiten und was in letzter Zeit noch
63 dazu gekommen ist, Musik ein- und ausschalten mit dem Schalter, obwohl ich nicht 100-
64 prozentig sagen kann, ob er es willentlich macht, oder ob es Zufallsbewegungen sind.

65 **I.: Das heißt aber, er kann sich in seinen, in wenigen Grundbedürfnissen kann er sich**
66 **äußern, wenn sie sagen, er kann seinen Kopf wegdrehen und Lachen?!**

67 **R.:** Ja, er kann Gefühle äußern und z.B. Essen akzeptieren oder ablehnen.

68 **I.: Und wie kommunizieren Sie mit ihm, wie nehmen sie die Äußerungen von Bedürfnis-**
69 **sen auf, durch was? Oder an was sehen Sie dies bei ihm?**

70 **R.:** Das man merkt es ja, wenn er lacht oder weint.

71 **I.: Und sonst auch Mimik?**

72 **R.:** Ja er, also lachen oder lächeln, das merkt man schon, ob er Schmerzen hat. Eine Form ist
73 auch, sagen wir ein Symptom, wenn er Schmerzen hat, schwitzt er auch. Und ja, gebärdet
74 kann man nicht sagen, aber er verkrampft dann seine Arme und zieht sie stark an der Körper,
75 dann merkt man, ihm geht's nicht so gut. Wenn es ihm gut geht, dann ist er viel entspannter.

76 **I.: Also dann lässt die Spastik ein bisschen nach?**

77 **R.:** Ja. Er kriegt auch, ab und zu, wenn er Schmerzen hat oder sehr verkrampft ist, Diazepam.
78 Schon morgens oder von der Nachtwache schon, und dann ist er natürlich locker, entspannt.
79 Es tut ihm eigentlich gut und nur ist dann halt das Problem, dass er vielleicht abhängig wird,
80 wenn er regelmäßig Diazepam oder Dolormin Schmerzmittel gibt.

81 **I.: Ok. Haben Sie in der Schule hier im Unterricht schon einmal so etwas wie musikba-**
82 **sierte Kommunikation ausprobiert oder überhaupt schon mal davon gehört?**

83 **R.:** Ich hab's hier noch nicht ausprobiert, wir nehmen ihn oder wir machen in der, im Mor-
84 genkreis immer Musik, jeden Morgen ein Lied und einmal in der Woche mit der Nachbars-
85 klasse einen großen Singkreis mit den zwei Klassen und er ist halt überall dabei.

86 **I.: Bemerken sie da eine besondere Neigung oder Begabung zur Musik bei A.?**

87 **R.:** So aktiv kann er sich ja nicht äußern aber er ist zufrieden, er ist ruhig, er weint nicht. So
88 könnte man dann im Umkehrschluss sagen, es ist eine positive Reaktion.

89 **I.: Wissen sie, dass er die Musiktherapie besucht und wenn ja, seit wann?**

90 **R.:** Das wusste ich nicht. Vielleicht hat man es gesagt und ich habe es wieder vergessen.

91 **I.: Ok.**

92 [...]

93 **I.: Genau. Ja, gibt es sonst noch irgendetwas, was ich nicht angesprochen hab, was Sie**
94 **gerne zu ihm erzählen wollen oder zu ihm und Musik erzählen können?**

95 **R.:** Also wenn er den Netzumfeldsschalter hat, möchte ich, dass er altersgemäße Musik und
96 nicht Kleinkindermusik. Er ist ja in einer Klasse und die anderen Schüler müssen das dann
97 nicht aushalten, finde ich. Und er soll in einer altersgemäßen Gruppe auch sein und entspre-
98 chende Musik hören.

99 **I.: Heute konnte man jetzt ja auch schon beobachten, dass er ziemlich ruhig wurde, also**
100 **er hat ja zuvor geweint und dann als er gelagert wurde, wurde er ganz ruhig mit der**
101 **Musik. Ist, können Sie das öfter bei ihm beobachten?**

102 **R.:** Ja, es kommt immer auf die Tagesform an. Aber ja, man kann schon sagen, die meiste,
103 oder häufiger ist es, dass er dann ruhig wird. Es kommt auch drauf an, wo der Schalter liegt.
104 Fühlt er sich gerade wohl in der Seitenlage, hat er manchmal hat er auch Rückenschmerzen,
105 dann macht er mit dem Schalter gar nichts. Jetzt hab´ ich herausgefunden, wenn er den Arm
106 nach oben tut, das kommt seinen Spasmus entgegen, so bedient er den Schalter viel besser.
107 Wir gehen immer davon aus, man muss den Schalter nach unten drücken und den Arm nach
108 unten bewegen. Und das macht er halt nicht so gut.

109 **I.: Und deshalb die Rückenlage?**

110 **R.:** Ja, deshalb auf dem Rücken liegen und der Schalter ist neben dem Kopf, so in Ohrhöhe
111 und dann hebt er ja so die Arme hoch mit seinem Spasmus und kann besser einschalten.

112 **I.: Ok. Gut dann, wenn es von Ihrer Seite auch nichts mehr gibt, vielen Dank schon mal**
113 **für das Gespräch.**

114 **R.:** Ja, Bitte.

Anhang 4:

Tabellarische Übersicht der Beobachtung 1

Person: Andreas

Setting: Gebäude A. der Einrichtung S. in S./Probe für den Adventsgottesdienst

Datum: 14.12.2011

Länge der Videosequenz: 6:09 min

Zeit	Situation	Beobachtungsmerkmal/ Reaktion von A.						
min.		Bauch	Arme	Kopf	Augen	Mund	Mimik	Laute
0:19	A. wird im Rollstuhl auf die Bühne gefahren und in die richtige Position für die Probe gebracht; der Klassenlehrer spricht ins Mikrofon;	krampft; wölbt sich immer wieder auf;	die angewinkelten Arme zieht A. unruhig an den Oberkörper und drückt sie wieder weg; schnelle Wiederholungen dieser Bewegung;	unruhige Drehbewegung des Kopfes von der Kopfstütze des Rollis links bis zur Mittelhaltung;	verdreht die Augen;	weit geöffnet;	verkrampft;	krampfende, weinende Laute;
1:23	Mitschülerin spricht ins Mikrofon;	bewegt sich weiterhin unruhig;	bewegen sich weiterhin unruhig;	starke Kopfbewegung wird beruhigt sich etwas;	weit aufgerissen;	halboffen;	Angespannt, nicht verkrampft;	keine Laute;
1:41	Lehrer spricht ins Mikro;	ruhig;	ruhig, Bewegung wird weniger;	ruhig;	drehen sich umher;	~ ⁴	~	~
1:46	niemand spricht; kurze Sequenz der Ruhe;	Bewegung nimmt zu;	Bewegung nimmt zu;	~	~	weit geöffnet;	verkrampft sich zunehmend;	krampfende, weinende Laute;
1:52	ein Mitschüler setzt seinen Talker ein; rauschendes Geräusch	unruhig;	wenige Bewegungen;	Radius erhöht sich von linker Kopfstütze zur	~	halboffen;	horcht auf;	keine Laute;

⁴ Das Zeichen „~“ bedeutet, dass keine Veränderungen im Verhalten oder im Ausdruck zu beobachten sind.

	erklingt;			rechten Kopf- stütze;				
2:00	Rauschen stoppt; L. spricht ins Mikrofon;	nimmt zu;	an den Körper gezogen, nur einmal leichte Wegbewegung vom Körper;	ruhig;	~	halboffen bis weit geöffnet;	verkrampft;	eine weinen- de Äuße- rung;
2:07	Rauschen des Talkers setzt wieder ein;	~	Bewegungen nehmen zu;	nimmt zu;	~	halboffen;	angespannt;	keine Laute;
2:23	Talker stoppt, L. spricht wieder ins Mikrofon;	unruhig;	Bewegungen vermehrt;	~	~	halboffen, aber unru- hig;	Verkrampft, nimmt zu;	~
2:42	L. spricht ins Mikro- fon;	wölbt sich;	krampfhaftes an- ziehen der Arme;	wenig Bewe- gung;	~, durch Aufreißen des Mundes schließen sich die Augen;	aufge- rissen;	~	schreit, weint;
2:53	L. klatscht und fordert zum Mitsingen auf;	krampft;	weniger Bewe- gung;	nimmt zu;	drehen sich umher;	~	verkrampft;	Jammern;
3:00	Gitarre setzt ein; L. und SuS singen „Feliz Navidad“;	entspannt;	bewegen sich angespannt, aber nicht verkrampft;	Bewegungs- radius nimmt zu; aktiv;	~; weit ge- öffnet; teilw. Ent- spannt;	~, Zunge aktiv;	Angespannt;	keine Laute;
4:40	Musikstück endet; Lachen von Mitschü- lern; L. spricht ins Mikrofon, SuS kom- mentieren;	~	~	~	~	~	weiterhin an- gespannt;	~
5:15	L. und SuS sprechen;	~	~	weniger aktiv;	ruhig;	halboffen;	~	~
5:24	~	verkrampft sich zuneh-	verkrampfen sich zunehmend, Ak-	Aktivität steigt, Bewegungs-	werden zu- nehmend	halboffen mit vielen	verspannt sich zunehmend;	~

		mend;	tivität steigt	radius wird voll genutzt;	unruhiger;	Bewegungen;		
5:37	~	~	~	~	~	nimmt zu bis hin zum Aufreißen des Mundes;	verkrampft;	schreit, weint;
5:48	SuS, sowie der Lehrer sprechen gemeinsam im Sprechgesang;	ruhiger;	verkrampfte Bewegungen, viel Aktivität;	wird ruhiger;	unruhig;	halboffen mit vielen Bewegungen;	Verkrampfung lässt nach;	keine Laute;
5:59	Rauschen erklingt, da der Vorhang der Bühne zu geht;	~	hält kurz inne, dann kommen Bewegungen zurück;	~	~	~	Angespannt;	~
6:09	Ende der Videosequenz							

Anhang 5:

Tabellarische Übersicht der Beobachtung 2

Person: Andreas

Setting: Klassenzimmer, große Pause, Andreas bedient in Rückenlage den Schalter

Datum: 14.12.2011

Länge der Videosequenz: 13:05 min

Zeit	Situation	Beobachtungsmerkmal/ Reaktion von A.						
min.		Oberkörper	Arme	Kopf	Augen	Mund	Mimik	Laute
0:00	A. Liegt auf der Liege in Rückenlage, rechte Hand bedient den Schalter, Musik geht dadurch an und aus;	hebt sich;	ruhig;	ruhig;	sehr aktiv, drehen nach oben;	aktiv, Zunge auch;	entspannt;	keine laute;
0:25	Mitschülerin spricht zusätzlich im Hintergrund;	ruhig;	ruhig am Körper;	ruhig, liegt seitlich;	aktiv;	~	~	~
2:10	~	~	~	~	~	~	~	zeiht röchelnd Luft durch den Mund auf;
2:36	~	bäumt sich kurz auf;	~	~	~	~	~	~
2:43	~	ruhig;	~	~	~	~	~	leiser und entspannter Laut: „Hoo“;
2:52	~	~	~	~	~	~	~	~
2:57	Herr R. kommt an Alexander heran, nimmt zunächst keinen Kontakt auf, Mit-	~	~	~	~	~	kurz angespannt bis verkrampft;	keine Laute;

	schülerin spricht sehr laut;							
3:04	~	~	~	~	~	~	ruhig;	leiser Laut: „Hoo“;
3:05	Herr R. legt seine Hand auf Brust von A. und streicht darüber;	~	~	~	~	~	~	~
3:19	Herr R. geht wieder weg;	~	~	~	~	~	~	keine Laute;
3:40	im Klassenzimmer wird es zunehmend lauter, Mitschülerinnen sprechen;	hebt und senkt sich schneller;	~	~	~	~	~	~
4:23	Musikplayer wird von Herrn R. lauter gestellt;	~	~	~	~	~	~	~
4:21	keine Änderung;	~	~	~	~	~	lächelt deutlich;	~
4:35	Mitschüler sind sehr laut;	~	~	~	~	~	ruhig;	ruhiger laut: „Hmmm“;
5:02	~	wölbt sich;	~	aktiv;	aktiv;	aktiv;	einen Augenblick verkrampft;	Lautieren wird lauter;
5:28	Mitschülerin im Hintergrund beschwert sich, jammert;	~	~	~	~	~	verkrampft, angespannt;	weinender Laut;
6:04	Mitschülerinnen ruhiger, sprechen aber im Hintergrund;	ruhig;	~	~	~	~	lächelt;	lacht laut;
6:15	~	aktiv;	aktiv;	aktiv;	ruhiger;	ruhiger;	entspannt;	keine Laute;
[...]								
13:05	Ende der Videose-							

	quenz							
--	-------	--	--	--	--	--	--	--

Anhang 6:

Tabellarische Übersicht der Beobachtung 3

Person: Andreas

Setting: Musiktherapeutisches Angebot ‚Kling-Klang‘ in S.

Datum: 14.12.2011

Länge der Videosequenz: 43:03 min

Zeit	Situation	Beobachtungsmerkmal/ Reaktion von A.						
min.		Oberkörper	Arme	Kopf	Augen	Mund	Mimik	Laute
1:00	Teilnehmer und Teilnehmerinnen werden von den Betreuern gebracht; Herr F. bringt die T. im Kreis zusammen; A. steht bereits an „seinem Platz“; Umgebung sehr unruhig, viele Menschen sind im Raum;	unruhig;	aktiv;	aktiv;	verdreht die Augen;	Mund bewegt sich viel; Zunge aktiv;	angespannt;	keine Laute;
1:33	~	~	~	~, Bewegungsradius reicht von linker Kopfstütze bis zur Mitte;	~, beim Weinen geschlossen;	weit geöffnet;	verkrampft, angespannt;	beginnt laut zu weinen;
4:42	~, andere Schüler äußern sich auch stimmlich, z.B. mit einem Weinen;	~	~	~	~	~	Verkrampft;	Weinen und Schreie werden lauter und intensiver;
4:54	~	ruhiger;	ruhiger, nicht stillstehend;	weniger aktiv;	geöffnet;	halboffen, viel Be-	~	keine Laute;

						wegung;		
5:30	~	~	an den Körper gezogen;	~	~, beim Weinen geschlossen;	weit geöffnet;	~	weint, schreit;
6:05	eine einzelner Ton erklingt am Klavino- va;	~;	~	~	weit geöff- net;	halb ge- öffnet; aktive Zunge;	angespannt;	hört abrupt auf zu wei- nen; keine Laute
6:16	Spiel am Klavinova beginnt, Musik setzt ein;	ruhig;	zunehmend akti- ver;	~; Bewegungs- radius vergrößert;	~	~; aktiv;	~	keine Laute;
7:26	Klavinovamusik, teilweise Sprechge- sang des Musik- therapeuten; Teilnehmer/innen äußern sich teilweise lautstark;	verkrampft;	verkrampft an den Körper gezogen;	Bewegungs- radius einge- schränkt, links- dominant;	geöffnet, beim Wei- nen ge- schlossen;	Mund weit geöffnet;	verkrampft;	schreit;
7:34	~	ruhiger;	aktiv;	aktiv, Radius etwas erweitert;	geöffnet, unruhig;	halboffen, aktiv;	zunehmend entspannt;	keine Laute;
[...]								
13:51	~	ruhig;	aktiv;	unruhig, ange- spannt;	~	halboffen;	lächelt;	~
14:10	~	~	sehr aktiv;	~	~	Ansatz zum Lächeln;	angespannt;	~
15:09	~	~	~	~	~	~	~	~
[...]								
33:38	Herr F. musikalisch von jedem Teilneh- mer/jeder Teilneh-	ruhig;	an den Körper gezogen; kleine Bewegungen;	ruhig;	geöffnet, ruhig;	halboffen, aktiv;	angespannt;	~

	merin, indem er jeden Namen singt und sich bedankt, Musik endet;							
34:23	Herr F. beginnt das Klavino aufzüräumen; Teilnehmer/innen warten, bis sie abgeholt werden;	~	aktiv;	zunehmend aktiv, Bewegungsradius eingeschränkt (linksmitte);	geöffnet bis weit geöffnet, unruhig;	halboffen bis weit geöffnet, aktiv, Zunge aktiv;	verkrampft;	~
37:22	~	~	~	~	~	~	sehr verkrampft, Gesichtsmuskulatur angespannt;	kurzer Laut;
39:50	A. muss weiterhin warten, bis er abgeholt wird;	~	~, verkrampft;	~	~	~	~	Jammern, dann lautstark weinen;
43:03	Ende der Videosequenz							

Versicherung

Hiermit versichere ich, dass die vorliegende Arbeit von mir selbständig angefertigt, nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt und alle Stellen, die dem Wortlaut oder dem Sinn nach anderen Werken gegebenenfalls auch elektronischen Medien entnommen sind, durch Angabe der Quelle als Entlehnung kenntlich gemacht wurden. Entlehnungen aus dem Internet sind durch einen datierten Ausdruck belegt.

Reutlingen, den 01.02.2012

.....

Unterschrift